



1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
Digitized by Google



CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
Deutschland
dem Begründer des Blattes,

van Deventer (Meerenberg), **Gowers** (London), **Ireland** (Mavisbush).
Niederlande England Schottland

Kowalewskij (Charkow), **Ladame** (Genf), **Lange** (Kopenhagen),
Russland Schweiz Dänemark

Laufenauer (Budapest), **Lombroso** (Turin), **Morel** (Gand), **Morselli** (Genua),
Ungarn Italien Belgien Italien

Obersteiner (Wien), **Seguin** (New-York),
Oesterreich Nordamerika

Redigirt von
Dr. Hans Kurella in Brieg bei Breslau.

1896.
XIX. Jahrgang. Neue Folge VII. Band.

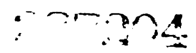


COBLENZ & LEIPZIG.
Rheinstrasse 19 — Täubchenweg 21
Verlag von W. Groos, Königl. Hof-Buch- und Kunsthandlung
(L. Meinardus).

Inhalts-Verzeichniss.

Abhandlungen.

Seite



Vereins- und Versammlungsberichte.

Bücherbesprechungen.

Anatomie, Physiologie u. Psychologie.

Allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie.

Krankheiten der Muskeln, peripherischen Nerven und der Sinnesorgane.

Rückenmarkskrankheiten.

Marie: Maladies intrinsèques de la moelle épinière, 188. — Dercum: Textbook on nervous diseases by American authors, 469. — Charcot: Poliklinische Vorlesungen, 602. — Brissaud: Leçons sur les maladies nerveuses, 603.

Hirnkrankheiten.

Mann: Ueber den Lähmungstypus bei der acuten Hemiplegie, 64. — P. Londe: Hérédo-ataxie cérébelleuse, 66. — Goldstein: Gehirnsyphilis, 192. — Dercum: Textbook on nervous diseases, 469. — Freund: Labyrinthtaubheit und Sprachtaubheit, 574. — Brissaud: Leçons sur les maladies nerveuses, 603.

Neurosen und Hypnotismus.

v. Krafft-Ebing: Nervosität und neurasthenische Zustände, 64. — Ziegelroth: Die Nervosität unserer Zeit, 65. — Widerhold: Nervenschwäche, 67. — Freund: Wie steht es mit der Nervosität unseres Zeitalters? 67. — Treupel: Die Bewegungsstörungen im Kehlkopfe bei Hysterischen, 69. — Edes: The New-England Invalid, 146.
Benedikt: Ein Ehebruchsdrama in hypnotischer Beleuchtung, 151. — Breuer und Freund: Studien über Hysterie, 194. — Hirsch: Was ist Suggestion und Hypnotismus? 248.

Löwenfeld: Ueber Witterungsneurosen, 198. — Bianchi: Di una nuova forma di nevrastenia parziale, 197.

Dornblüth: Klinik der Neurosen, 472. — Althaus: Ueber Hypochondrie und Nosophobie, 577.

Dessoir: Das Doppelich, 577. — v. Schrenck-Notzing: Ueber Spaltung der Persönlichkeit, 577.

Möbius: Die Migräne, 82. — Roncoroni: Trattato clinico dell' Epilesia, 83. — Bourneville: Recherches sur l'épilepsie, 79.

Psychopathologie.

Behr: Ueber die schriftstellerische Thätigkeit im Verlaufe der Paranoia, 67. — Lange: Om periodiske Depressionstilstande og deres Patogenese, 144. — Herz: Kritische Psychiatrie, 254. — Hyslop: Mental physiology in regard to mental disorders, 360. — Kowalewsky: Album d'aliénés, 472. — Flechsig: Die Grenzen geistiger Gesundheit, 573. — Chaslin: La confusion mentale primitive, 71.

Degenerationslehre und forensische Psychopathologie.

Arndt: Artung und Entartung, 68. — A. Plötz: Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen, 116. — Macdonald: Le criminel type, 116. — Talbot: The etiology of osseous deformities of the head, face, jaws and teeth. 116. — v. Krafft-Ebing: Der Conträrsexuale vor dem Strafrichter, 1[illegible]9. — Bleuler: Der geborene Verbrecher. 256. — Kölle: Gerichtlich psychiatrische Gutachten, 259. — Dallemagne: Les stigmates de la criminalité, 363. — Venturi: Regicidi e anarchici, 364. — Raffalovich: Uranisme et unisexualité, 364. — Lombroso: La femme criminelle et prostituée, 470. — Roncoroni:

Diagnostik u. Untersuchungsmethoden.

Therapie und Krankenhauswesen.

Berichte über die Journal-Litteratur.

Beilage:

Verzeichniss der Mitarbeiter.

(Die Zahlen geben die Seiten an.)

Autoren-Register.

T.

U.

V.

W.

Z.

Sach-Register.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.
Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XIX. Jahrgang. 1896 Januar. Neue Folge VI. Bd.

I. Originalien.

I.

Schreibstörungen, verursacht durch isolirte centrale Alexie.

Von Dr. med. Ferdinand Maack, pract. Arzt in Hamburg.

Bei dem innigen, cortical-local bedingten Zusammenhang zwischen den Ausfalls-Erscheinungen der Aphasie, Agraphie, Alexie, Amimie und Apraxie sind Fälle von relativ isolirten Herderkrankungs-Symptomen des Gehirns für die Pathologie der Schrift von besonderem Interesse. Denn meistens werden von den eben genannten Störungen associativer Vorgänge gleichzeitig mehrere beobachtet.

Ein solcher relativ isolirter Fall von Alexie steht augenblicklich in meiner ärztlichen Behandlung. Das wichtigste an demselben ist — um dies der gleich folgenden Krankengeschichte vorauszuschicken —, dass der Patient eine mündliche Unterhaltung gut führen kann, dass er nach dem Dictat, sowie aus dem Kopf eigene Gedanken, desgleichen die Namen ihm gezeigter Gegenstände richtig schreibt, dass er jedoch nicht nach einer Vorlage schreiben kann. Der Patient copirt falsch, weil er (bei intactem peripherem Sinnesorgan) die Buchstaben, namentlich in ihrer Combination zu Worten, nicht oder schlecht lesen kann. Es liegt also eine Buchstabenblindheit, Cœcitas verbalis, Alexie, als Ursache des verkehrten Abschreibens vor.

Wir kommen auf die Aetiologie noch zurück.

Zunächst die **Krankengeschichte.**

Herr von X., unverheirathet, 49jähriger, pensionirter Beamter ist hereditär stark belastet. Vater und Mutter im Irrenhause gestorben. Mutter an Krämpfen gelitten. Einziger Bruder ertrunken (Selbstmord?) — Patient

hat selber früher keine besonderen Krankheiten durchgemacht. Keine Krämpfe. Kräftig gebaut und gut genährt. Mässiger Biergenuss. Starkes Rauchen schlechter Tabake. Sexuelle Neigungen ohne Perversitäten. | 1892 Syphilis (Primäraffection, Roseolen, Hodenekzem. Rachengeschwüre.) — Pat. giebt selber an, in geistiger Hinsicht immer etwas beschränkt gewesen zu sein; habe schwer lernen und begreifen können, eine gewohnte Arbeit zwar exact ausführen, aber ungewohnte und veränderte Dienstleistungen nicht versehen können. Im Bureau mehr geduldet als genützt. 22 Jahre dem Staate pflichtgetreu gedient. Vorher einige Jahre in einer Musikalienhandlung gewesen. Musikliebend. Oft Kopfschmerzen, Schwindel, Gedächtnissschwäche, Gemüthsverstimmungen, Schlaflosigkeit, nächtliches Aufschreien, Sinnestäuschungen. Pat. sah z. B. Abends im Bett liegend die Stube angefüllt von tanzenden langbärtigen Juden, welche obscöne Lieder sangen. Leicht erregt, aber den Aerger verbeissend. Keine Initiative. Menschenscheu. —

Am 1. Juli 1895, als Pat. morgens aufwachte, bemerkte er eine Schwere in allen Gliedern, namentlich der rechten Körperhälfte, konnte sich nur mit grosser Mühe erheben. Zog seine Kleider verkehrt an. Verwechselte die Gegenstände, griff vorbei. Hatte das allgemeine Orientirungsvermögen verloren und konnte nicht sprechen. Sein Hauswirth schickte zum nächsten Arzt, da Pat. nicht mittheilen konnte, wer ihn sonst behandle. Später, als man ihm meinen Namen nannte, sagte er, er kenne mich nicht, ich hätte ihn nie behandelt. Erst nachdem im Verlauf der nächsten Wochen die obigen Symptome nachgelassen hatten und Pat. sich auf die Strasse unter Menschen wagte, mit denen er aber oft zusammenrempelte, fand er nach vielem Besinnen allmählig wieder den von früher her gewohnten Weg zu mir, der ich übrigens nur eine Strasse von ihm entfernt wohne. — Pat. erschien am 19. Juli in meiner Sprechstunde, erzählte mir, was ihm passirt sei, soweit er Erinnerung davon besass und bot folgenden Status präsens dar: Sensorium benommen, Gesichtsausdruck etwas maskenartig, aber Gesichtsmuskulatur beweglich. Augen: Lider und Bulbi beweglich. Pupillen mittelweit, beiderseits gleich gross, auf Licht gut reagirend. Rechtes Gesichtsfeld eingeengt. Farbenblindheit. Ophthalmoscopische Untersuchung ergab negatives Resultat: Keine Atrophie des Opticus, keine Stauungspapille. Gehör, Geruch und Geschmack nicht alterirt. Kiefer und Zunge beweglich. Keine Sprachstörungen, kein Verschlucken. An Hals-, Brust- und Bauchorganen nichts Besonderes. Keine Extremitätenlähmung. Coordinirte Bewegungen. Kein Intentionszittern. Kein wahrnehmbarer Tremor. Keine Krämpfe. Keine Contracturen. Keine Catalepsie. Gute Muskelernährung. Faradisches Verhalten der Muskeln normal. Unsicherer Gang. Leichtes Schwanken bei geschlossenen Augen. Sensibilität erhalten. Patellarreflexe vorhanden. —

Pat. hat eine deutliche Aussprache. Mündliche Rede und Gegenrede correct. Kann Zahlen, Monate etc. hersagen. Bezeichnet gesehene Gegenstände mit den richtigen Worten und kennt ihren Gebrauch. Er spricht gehörte Wörter und willkürliche Silbencompositionen gut und fliessend nach. Kann Dictirtes richtig hinschreiben, desgleichen die Namen gesehener Gegenstände, desgleichen eigene Gedanken. Zeichnet allerlei Figuren (Dreieck, Kreis, Pfeil, Würfel etc.) richtig ab. Pat. ist jedoch weder im Stande,

zusammenhängende Buchstaben (Silben und Wörter), selbst bei grossen Lettern nicht, zu lesen noch abzuschreiben.*)

Was nun weiter die Aetiologie der Katastrophe vom 1. Juli betrifft, welche die Alexie und in Folge davon die Schreibstörungen in die Erscheinung treten liess, so ist sie zu suchen in einem apoplectischen Insult, welcher herbeigeführt worden ist durch syphilitische Arterienerkrankung im Gehirn, also durch Lues cerebri.

Der Herd der Gehirnläsion kann genau localisirt werden. Nachdem anfänglich ein grösserer Bezirk von motorischen und sensorischen Centren und deren Verbindungsbahnen in der unteren Stirnwindung (motorisches Sprachcentrum), oberen Schläfenwindung (sensorisches Sprachcentrum), in den beiden Centralwindungen (Arm-, Bein-Centrum etc.) und im Occipitallappen (Sehcentrum) indirect in Mitleidenschaft gezogen war durch die sich nach allen Richtungen hin fortpflanzende Druckwirkung des austretenden Blutes, ist jetzt nur noch eine directe Zertrümmerung von Gehirnsubstanz zu diagnosticiren in den Associationsbahnen zwischen dem sensorischen Centrum für die durch Gesichtseindrücke erzeugten Schriftbilder im Occipitallappen (optisches Centrum), und dem sensorischen und motorischen Sprachcentrum und dem motorischen Schreibcentrum. Denn anfänglich konnte Pat. sich nur schwer bewegen, konnte nicht sprechen, war benommen, verwechselte Gegenstände etc, während ihm jetzt in Folge associativer Störungen nur noch das Verständniss für die Bedeutung der Gesichtsbilder der Schriftzeichen fehlt, worunter deren Uebertragung auf das motorische Schreibcentrum ebenfalls leidet. Patient kann, und zwar durch Gehörseindrücke, nicht aber durch gewisse Gesichtseindrücke angeregt, sich die den Schriftzeichen zukommende Vorstellung ins Bewusstsein zurückzurufen. Wir haben es also mit einer optico-amnestischen Form der Seelenblindheit zu thun. Die Depots der Erinnerungs-Schriftbilder, sofern sie durch Gesichtseindrücke abgelagerte sind, sind alterirt, sowie die (indirecte**) Verbindung zwischen den Depots und dem motorischen Schreibcentrum.

Die Gehirnsyphilis tritt pathologisch-anatomisch in drei Formen auf: 1. Als syphilitischer Tumor. Diese Art kann bei unserem Patienten ausgeschlossen werden aus mehrfachen Gründen (z. B. Fehlen der Papillitis), die hier nicht hingehören. 2. Als syphilitische Arterienerkrankung. Dieser Form müssen wir hauptsächlich die Katastrophe zuschreiben. 3. Als diffuse interstitielle und parenchymatöse Degenerationen. Es ist nun interessant, dass uns die Handschrift des Patienten darauf hinweist, dass auch diese dritte Form neben der zweiten bestehen muss. — —

Damit kommen wir zur pathographologischen Beurtheilung unseres Patienten.

Schon ein flüchtiger Blick auf die copirte Schrift lässt erkennen, dass sie sowohl mechanisch als auch psychisch alterirt ist (Erlenmeyer).

Mechanisch haben wir eine Combination von atactischer und Zitterschrift.

---

*) Die genauere Untersuchung auf Sprache und Schrift erfolgte erst am 18. August 1895.

**) Siehe Schluss des II. Abschnitts.

Ich mache besonders auf das atactische Ausrufungszeichen aufmerksam, welches hinter Ganrm gajjyz (= Enorm billig!) steht.*) Ferner ist zu beachten die holperige Lage der Buchstaben gannjagns Gyander (= Sonntags-Plauderei). Patient hat ferner die Neigung, in bogenförmiger Linie zu schreiben. Wenn man seitlich in die Richtung der Schriftlinie blickt, so kann man deutlich erkennen, dass auf einem grossen Bogen viele kleinere Bögen liegen.

Sowohl die Haar- wie die Grundstriche zeigen seitliche Zitter-Excursionen. Die zitternde Wellenlinie ist besonders schön in einem Verbindungsstrich angedeutet in Degen-Bogen (= Welt-Bodega).

Ataxie und Tremor sind cerebral bedingt. Es sind Läsionen in den links-corticalen motorischen und coordinatorischen Centren für die rechte Armmuskulatur vorhanden.

Es ist wichtig zu bemerken, dass die nach dem Dictat geschriebene Schrift, sowie diejenige, welche Gegenstände bezeichnet und eigene Gedanken ausdrückt, die formalen, expressiven Störungen in bedeutend geringerem Grade aufweist. In Schriftstücken aus dem Beginn dieses Jahres und früherer Jahre fehlen mechanische Störungen gänzlich, desgleichen psychische Störungen, zu denen wir uns jetzt wenden.

Was die psychischen Schriftveränderungen anbelangt, so fällt sofort das Vorherrschen der langen Buchstaben mit absteigendem Stamm: g, j, y, q etc. auf. Ausser den obigen Beispielen seien noch folgende erwähnt Jovig Igygiqy Sj gyyyj mgyyyjyy Augygjgy (= Conrad Gülich St. Pauli, Marktstrasse, Ausverkauf.). Diese zu copirende Vorlage bestand in gross und fett gedruckten Placatlettern. Preyer nennt eine solche Repetition oder Reïteration von Buchstaben Palingraphie.

Ferner schreibt Pat.: Zissg mgyjsjs Mkunja (= Lied deutscher Männer). Es liegt demnach eine Paragraphie vor,**), d. h. ein Unvermögen, die Vorstellungen mit dem zugehörigen Schriftzeichen zu verbinden. Es werden in Folge dessen verkehrte Buchstaben angewandt. Pat. verschreibt sich continuirlich. Diese Paragraphie unseres Patienten kommt aber nur beim Copiren von Schriftstücken vor, ist demnach bedingt durch eine Unfähigkeit zu lesen, Alexie, durch eine Buchstabenblindheit, Coecitas verbalis. Die Paragraphie kommt nicht vor in dem, was nach Dictat, was spontan aus eigenem Kopfe und was als Bezeichnung gesehener Gegenstände geschrieben wird.

Die Schrift des Patienten weist aber noch andere als paragraphische Dysgrammatismen auf. Während nämlich die grammatikalischen Fehler sich in der oben besprochenen copirten Schrift documentirten als ein total sinnloses Nacheinander von Buchstaben, kommen bei der dictirten, der spontanen etc. Schrift kleine Fehler vor, die zwar nicht den ganzen Sinn stören, sondern nur durch ein „Zuviel“ oder „Zuwenig“ die Gesetze der Grammatik verletzen. Einzelne Zeichen, Buchstaben, Silben, ganze Worte können auf diese Weise ausgelassen resp. hinzugefügt werden. Dictirt wurde z. B.

---

*) Da in dem Ductus der Schrift des Patienten nichts Besonderes liegt, wurde von einer Beigabe facsimilirter Schriftproben abgesehen.

**) Siehe dagegen die genaueren Schreibversuche des II. Abschnitts.

Nordostseekanal, Pat. schrieb hin: NordOOstseekanal. Vorgezeigt wurde ein Hornring; Pat. schrieb: Perluttring statt Perlmutterring. Vorgezeigt wurde ein Lineal. Pat. schrieb: Lineal zum Niniiren. Aufgefordert, einen beliebigen Satz aus dem Kopf hinzuschreiben, schrieb Pat. formell und inhaltlich im Grossen und Ganzen durchaus correct: Habe nun ach Philosophie Juristerei und Medicin und leider auch Theologie. — Dabei liess er aber alle Interpunctionszeichen aus, schrieb statt nun mun und statt und umd. Ferner schrieb er spontan: Heuite ist Sonmtag. Diese Fehler sind Symptome einer diffusen organischen Erkrankung der Hirnrinde. Wir gehen wohl nicht fehl, sie als durch die oben genannte parenchymatöse Gehirnlues verursacht anzunehmen. Da das häufigste Prototyp der diffusen organischen Rindenerkrankung die allgemeine fortschreitende Paralyse der Irren ist, so nennt Erlenmeyer die in Rede stehende Schrift eine paralytische. Adolph Strümpell sagt in seinem Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie: „In einer dritten Reihe von Fällen verläuft die Gehirnsyphilis unter dem Bilde eines diffusen chronischen Gehirnleidens, welches noch am meisten dem Krankheitsbilde der progressiven Paralyse der Irren entspricht oder, vielleicht richtiger ausgedrückt, mit dieser identisch ist. Hierbei stellen sich allmählich Gedächtnissschwäche, Sprachstörungen, verschiedene motorische Störungen (Tremor, Ataxie, einzelne Lähmungen) ein, die Intelligenz nimmt immer mehr und mehr ab, bis die Kranken nach mehrjährigem körperlichen und psychischen Siechthum ihrem Leiden erliegen, wenn nicht ein apoplectiformer oder epileptiformer Anfall schon früher dem traurigen Zustande ein Ende gemacht hat.“

Blicken wir zurück, so liegt uns also ein Fall von Gehirnsyphilis vor, der sich graphisch durch Ataxie, Tremor, Paragraphie und paralytische Schrift auszeichnet. Das Auftreten paralytischer Dysgrammatismen sichert die Diagnose, dass auch die Paragraphie luetischen Ursprungs ist. Beachtenswerth ist die Combination von Paragraphie und Paralyse. Erlenmeyer sagt: „Der Paragraphische weiss, dass er nicht so schreibt, wie er schreiben will, dem Paralytiker dagegen mangelt dies Bewusstsein vollständig, er glaubt, seine Schrift sei immer und unter allen Umständen richtig und fehlerlos.“ Und in der That! Als Paragraphischer weiss unser Patient ganz genau, dass er „Unsinn schreibt“. „Das giebt es ja gar nicht,“ ruft er aus, wenn er paragraphirt, d. h. wenn er copirt. Als Paralytiker hingegen glaubt er ganz fehlerlos zu schreiben. Allerdings kann er die Fehler des Dictirten nicht wieder corrigiren, wozu sonst die Paralytiker im Stande sind, weil er seine eigene Schrift nicht lesen kann. Diese Alexie ist in unserem Falle höchst wahrscheinlich die Ursache für die Paragraphie, obwohl die causale Beziehung zwischen beiden nicht immer nothwendig ist; sie können auch neben einander hergehen. Der apoplectische Insult ist noch nicht alt genug, um die Entscheidung hierüber zu treffen. Sollte nach einem halben Jahre die Alexie verschwunden sein, also ein indirectes Herdsymptom gewesen sein, so hat eine Paragraphie wegen Wortblindheit nicht vorgelegen.

Den weiteren Verlauf und eventuellen Ausgang des Falles werde ich graphisch verfolgen und dann an dieser Stelle darüber berichten. Einst-

weilen scheint durch eine erneute antisyphilitische Kur eine langsame Besserung eintreten zu wollen. Um letztere (und damit auch wiederum die richtige Diagnose) zu constatiren, dazu giebt es kein vorzüglicheres Mittel als die Controlle der Handschrift.

Nachtrag.

Nach Kenntnissnahme der vorstehenden Abhandlung hielt Herr Dr. A. Erlenmeyer den Fall für so lehrreich und beachtenswerth, dass er rieth, vor der Publication noch weitere und eingehendere Versuche mit dem Patienten anzustellen. Herr Dr. Erlenmeyer gab mir am 15. September 1895 die Ehre seines Besuches und nahm selber den Patienten bei mir in Augenschein. Für seine Bemühungen, sowie für die weiteren Anregungen erlaube ich mir, an dieser Stelle Herrn Dr. Erlenmeyer meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Zunächst hielt Herr Dr. Erlenmeyer eine genaue ophthalmologische Untersuchung für nothwendig, da er nach oberflächlicher Untersuchung eine Hemianopsie vermuthete. Dies hat sich auch bestätigt.

Herr Dr. A. Weiland, Augenarzt in Hamburg, hatte die Güte, den Patienten zu untersuchen. Ich verdanke ihm den folgenden Bericht:

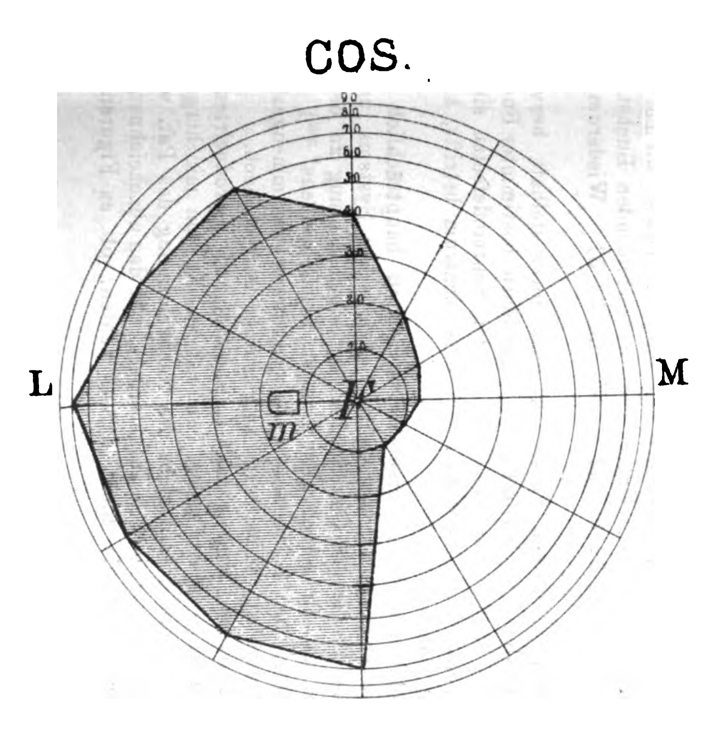
„Beide Augen sind emmetropisch. Das Sehvermögen ist links $^5/_5$, rechts nur $^5/_{10}$. Die Zahlen der Schweigger'schen Schriftproben wurden besser erkannt als die Buchstaben. Die Untersuchung des Gesichtsfeldes ergab das Vorhandensein einer rechtsseitigen homonymen Hemianopsie (cfr. Figur). Doch ist hervorzuheben, dass auf dem rechten Auge die sehende Hälfte concentrisch eingeengt ist. Die Trennungslinie der sehenden und nicht sehenden Hälfte geht nicht durch den Fixirpunkt, sondern etwas darüber hinaus (sogen. überschüssiges Gesichtsfeld). Der Farbensinn ist gestört und zwar nicht im Sinne etwa einer typischen Roth-, Grün- oder Violettblindheit, sondern total. Patient sortirt und bezeichnet die Farben falsch. Die Licht-, Convergenz- und Accomodationsreaction der Pupillen ist prompt. Hemianopische Pupillenreaction ist nicht vorhanden. Die rechte Pupille ist weiter als die linke. Der opthalmoscopische Befund ist normal." (25. Sept. 1895.)

Die weiteren Schreibversuche gestalteten sich nun folgendermassen:

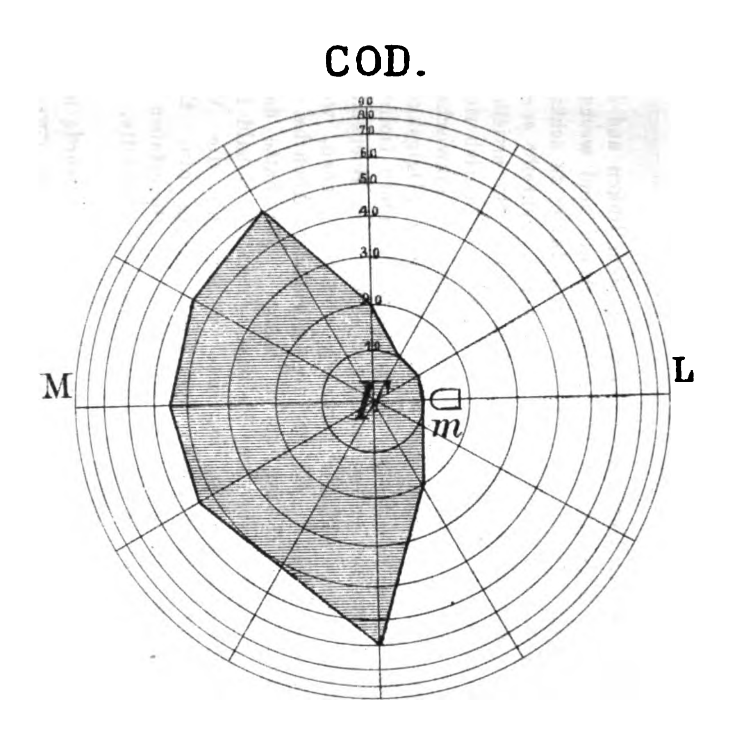
Patient copirte am 16. 9. 1895 mit der rechten Hand und dem linken Auge, während das andere Auge mit Watte und Binde verschlossen war, wörterbildende Buchstaben. Resultat: Unter 95 Buchstaben sind 40 falsch. Desgleichen mit der rechten Hand und dem rechten Auge: unter denselben 95 Buchstaben sind 44 falsch. Die verkehrt geschriebenen Buchstaben sind in beiden Fällen nicht dieselben. Das linke Auge liest z. B. aus „Begräbnisskasse": „Eogryghiss-Yassg"; das rechte Auge: gegydnuigegge. Die gedruckte Vorlage hatte Antiqua-Mimmuskeln von 5 mm Höhe.

Aehnlich waren die Resultate, als am 18. 9. 1895 die linke Hand und das linke Auge resp. das rechte Auge schrieb. Bald wurden diese, bald jene Buchstaben verkehrt abgeschrieben. Ein durchgreifender quanti-

COS.



COD.



tativer oder qualitativer Unterschied zwischen dem linken und dem rechten Auge, sowie zwischen der linken und rechten Hand und wechselsweise ist nicht zu constatiren. Uebrigens muss man sich davor zu schützen suchen, dass Pat. das Wort nicht erräth. In solchem Falle schreibt er es spontan richtig hin und täuscht richtige Copirfähigkeit vor. So errieth er (wie er selbst zugab) auf einem Couvert meine Adresse und schrieb richtig „Feldstrasse“; als er das Wort aber eine Weile nachher — inzwischen abgeleitet und irregeführt — wirklich copiren sollte, schrieb er „Dglgskkaszy“.

Wenn die Buchstaben keine Worte bilden, sondern isolirt und durcheinander stehen, schreibt er sie richtiger ab*) Von Buchstaben, welche Worte bildeten, wurden 44,2% verkehrt, von Buchstaben, welche isolirt standen, wurden nur 24,3% verkehrt abgeschrieben. Auch bei den isolirten Buchstaben täuschte der Patient mich einmal. Ich hatte das Alphabet hingeschrieben, die Buchstaben der Reihenfolge nach. Sobald Pat. dies an den ersten Buchstaben merkte, ignorirte er fernerhin die Vorlage und schrieb das Alphabet spontan aus dem Kopf richtig hin. Es ist noch wichtig, zu bemerken, dass Pat. beim Copiren der Buchstaben sich stets dessen bewusst war, dass es sich um Buchstaben handelte, die er lesen und abschreiben sollte. (Siehe unten.)

Mit Rücksicht auf die Hemianopsie des Patienten wurde noch folgendes Arrangement getroffen: Der Kopf des Patienten ist geradeaus fixirt, nur die Augen können sich bewegen. Beide Augen sehen. Die rechte Hand schreibt. Die gedruckte Vorlage liegt von der sagittalen Mittellinie des Schreibenden 1. rechts, 25 cm entfernt. Entfernung der Augen von der Vorlage ca. 56 cm, vom Papier 50 cm; 2. links, 25 cm entfernt; 3. gerade vor. Resultat: Unter 1?4 wörterbildenden Buchstaben wurden falsch geschrieben ad 1) 66, ad 2) 65, ad 3) 51. Wiederum waren bald diese, bald jene falsch.

Aus den bisherigen Versuchen geht unzweifelhaft hervor, dass es sich nicht um den Ausfall von Erinnerungsbildern bestimmter Buchstaben und Schriftzeichen handeln kann. Denn in den Schreibdefecten sitzt, was das sensorische (optische) und motorische Schreibcentrum betrifft, keine centrale Logik, keine Consequenz.

Die jetzt folgenden Versuche sollen nun hauptsächlich dazu dienen, einerseits die Intactheit des ganzen graphischen Systems und Mechanismus, andererseits die der centripetalen optischen Leitung zu beweisen.

Preyer hat in seiner „Psychologie des Schreibens“ **) eine Tabelle mit allen möglichen Schreibbewegungsrichtungen zusammengestellt. Unser Patient zeichnete die Tabelle im Allgemeinen correct nach.

Sehr lehrreich sind sodann die beifolgend reproducirten Nachzeichnungen. Die linke Spalte jeder Tafel stellt die von mir hergestellte Vorlage dar, die rechte Spalte giebt die Nachzeichnung des Pat. wieder. Pat. wurde strenge und wiederholt aufgefordert, nur das abzuzeichnen, abzumalen, was er sähe. Er solle nicht darauf achten, ob es Figuren oder Buch-

*) Einzeln stehende Zahlen werden richtig und mit Verständniss abgeschrieben.

**) Hamburg 1895, p. 50.

staben etc. seien. Erst nachdem er mit dem Abmalen ganz fertig war, prüfte ich sein Verständniss für das Gezeichnete. Gezeichnet wurde mit der rechten Hand, mit beiden Augen, am 21. resp. 22. 9. 1895.

Man sieht sofort, dass alles (mit Ausnahme des Pentagramms) durchaus correct mechanisch abgemalt ist, sogar die Buchstaben und, was ja besonders wichtig ist, die Wörter. Aber dieses Abmalen oder Abzeichnen ist kein Ablesen oder Abschreiben! Denn wenn wir den Pat. nach dem Verständniss des correct Wiedergegebenen fragen, so hören wir folgendes:

Figur 1 — „Q ähnlich."
2 — „Ein grosses G."
3 — Zwei horizontale Striche."
4 — „Dreieck, Kreis mit Punkt, Strich."
5 — „Zwei senkrechte Striche. Der eine Strich hat einen Ansatz." (Pat. sieht also sehr genau. Der kleine Strich war von mir gar nicht beabsichtigt.)
6 — „Drudenfuss, wie er im Faust vorkommt. Meiner ist verkehrt. Ich kann ihn aber nicht zeichnen."
7 — „Kreuz mit 4 Punkten."
8 — „Buchstaben." Wie viel? „Vier." Wie heissen sie? Nennen Sie sie einzeln. „A — H — E — i." Wie heisst also das Wort? Lesen Sie es! — Schnell. „Ehe." (!)
9 — „Buchstaben." Wie viel? „Fünf." Wie heissen sie? Buchstabiren Sie! „H — I — N — O — P." Lesen Sie also das von Ihnen hier soeben richtig hingeschriebene Wort! „Piano. Nein. Pinal, Pien." (!)
10 — „Herz mit Degen und drei kleinen Kreisen."
11 — „Gans."
12 — „Buchstaben, von der anderen Seite gesehen." (!) Buchstabiren Sie! „G — I — L — L — I — B." Wie heisst das Wort also von rechts nach links gelesen? „Illies."
13 — „Sieben kleine Kreuze."
14 — „Halbmond."
15 — „Vollmond. — Sonne."
16 — „Strich nach rechts. Oben ein Hacken."
17 — „Senkrechter Strich mit drei Punkten."
18 — „Vier Buchstaben." Lesen Sie das Wort! „Beug." Buchstabiren Sie! „B — u — r — g." Also? „Beug." Schreiben Sie das Wort nun noch einmal ab. (Die rechte Spalte wurde bedeckt.) Patient schrieb: „Bueg." Lesen Sie das zuletzt geschriebene Wort. „Beug."
19 — „Vier Buchstaben." Buchstabiren Sie! „N — e — i — n." Lesen Sie es. „Nein."
20 — Patient beschreibt die Figur ganz genau.
21 — „Schräger Strich."
22 — Buchstabiren Sie nicht erst! Lesen Sie das Wort in einem Zuge! „Iririus" Schreiben Sie das Wort jetzt noch

einmal ab! (Rechte Spalte wurde bedeckt.) Pat. schreibt „Iririus", also so, wie er es eben gelesen hat.

Figur 23 — „g, x, y (kann sich auf den Buchstaben q nicht besinnen) j."

24 — „Das ist eine Inschrift von der anderen Seite." Buchstabiren Sie! „E — Z — T — E — W." Lesen Sie es von rechts nach links! „Wetze."

25 — „Punkte." „Wie viele? „Zwanzig."

26 — „Ein Wort. Vier Buchstaben von der anderen Seite." Buchstabiren Sie! „E — Q — H I." Lesen Sie es von rechts nach links! „Ique." Schreiben Sie meine Vorlage jetzt noch einmal ab! (Rechte Spalte wurde bedeckt.) Patient schrieb: „Ique."

27 — „Verzierung. Wellenlinie mit Punkten."

Hieran schlossen sich noch folgende Versuche:

Die Vorlage lautete in grossen Zeitungslettern „Nieting". Lesen Sie das Wort schnell im Zusammenhang! „Neitich". Schreiben Sie jetzt das Wort ab! Pat. schreibt (wie er gelesen!) „Neitich". Kleine Pause. Schreiben Sie jetzt das Wort noch einmal ab. Aber langsam! Buchstabe für Buchstabe. — Nicht lesen! Malen Sie die Buchstaben ab! Patient schreibt langsam „Nieting."

Die gross gedruckte Vorlage war „Ballhaus". Lesen Sie das Wort schnell! „Bazzebach". Pause! Schreiben Sie jetzt das Wort ab: „Bajjhbbah". (NB. Das stimmt zwar nicht genau mit dem vorhin Gelesenen. Aber Patient wird nach der Pause das Wort wieder anders gelesen haben; eben so, wie er es hinschrieb.) Pause. Zeichnen Sie jetzt langsam Buchstabe für Buchstabe ab! Nicht lesen! Abmalen. Patient schreibt jetzt „Ballhaus" und zwar, entsprechend der Druckvorlage, in grossen Antiqualettern, während er vorhin Bajjhbbah in Cursivschrift geschrieben hatte. Schon hieraus geht hervor, dass er das eine Mal das schrieb, was er l a s, das andere Mal das, was er s a h. Patient buchstabirt jetzt noch das zuletzt geschriebene Wort richtig, sprach das Wort richtig aus und verstand es auch.

Aus allen diesen verschiedenen Versuchen können wir jetzt folgende Schlüsse ziehen:

Der Patient schreibt spontan richtig, nach Dictat richtig, die Namen gesehener Objecte richtig. Er kann auch unter Umständen richtig abschreiben. Unter Umständen! Nämlich nur dann, wenn er m e c h a n i s c h a b m a l t und abzeichnet, a b e r n i c h t, w e n n er die Vorlage v o r h e r l i e s t. D a s g a n z e g r a p h i s c h e S y s t e m a l s s o l c h e s i s t a l s o v ö l l i g i n t a c t. Es handelt sich nur um eine i n d i r e c t e Schreibstörung und zwar um diese auch nur beim Copiren. Die Ursache dieser indirecten Schreibstörung ist die Unfähigkeit zu lesen, die Alexie, die optische Alexie, Die Alexie ist nicht total, sondern partiell. Patient schreibt, wie er liest. Wenn er falsch liest, so schreibt er dementsprechend auch falsch. Das verkehrt Gelesene wird aber richtig (so wie es gelesen, so wie es im Innern gesprochen wurde) hingeschrieben. Das Geschriebene coincidirt mit dem ric htig oder falsch) Gelesenen.

Die Alexie ist die Folge einer Läsion des linken Gyrus angularis, also einer Stelle, wo die Associationsfaserung zwischen dem occipitalen Sehcentrum und dem Sprachcentrum, sowie dem übrigen Frontalhirn verläuft. Die Bahnen für das verständnissvolle Ablesen und Abschreiben sind im Allgemeinen die gleichen; nur mit dem Unterschied, dass in dem einen Fall schliesslich das motorische Sprachcentrum und weiterhin Kehlkopf u. s. w., in dem andern Fall schliesslich das motorische Schreibcentrum und weiterhin die rechte Hand innervirt wird. Eine Läsion in den anfänglich gemeinschaftlichen Bahnen muss also auch nach beiden Richtungen hin zum Ausdruck kommen, sowohl als indirecte Sprachstörung (optische Alexie), als auch als indirecte Schreibstörung (optische Agraphie). Da Patient auch nicht mechanisch richtig (der Vorlage entsprechend) lesen kann, so erstreckt sich die Läsion auch auf die Association zwischen Sehcentrum und Hörcentrum. Da Patient aber wohl mechanisch richtig schreiben kann, abmalen kann, so ist die dircte Verbindung zwischen Sehcentrum und Schreibcentrum intact. Da endlich Patient trotz der corticalen Hemianopsie sehr scharf sehen kann, so ist die der Macula-Gegend des Gesichtsfeldes entsprechende Sehsphärenpartie (Cuneus, erste Occipitalwindung) nicht lädirt, sondern die Affection sitzt mehr nach vorn, in der Peripherie der Sehsphäre, im Gyrus angularis.

II. Original-Vereinberichte.

I.

Bericht über die Jahressitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Hamburg*) am 13. und 14. September 1895.

Der Verein hat nach Anhörung eines Referates von Siemens und eines Correferates von Zinn wichtige Resolutionen über die schwebenden Fragen der Irrenfürsoge und Anstaltsorganisation gefasst. Ref. glaubt auf Grund des ihm von geschätzter Seite zur Verfügung gestellten Materials den Hauptinhalt der Referate von Siemens und Zinn, sowie in extenso die angenommenen Thesen hier wiedergeben zu müssen, da die Publication des vollständigen Berichts noch auf sich warten lassen wird. Es sind ferner noch u. a. Vorträge gehalten worden: Ueber die diagnostische und prognostische Bedeutung des Kniephänomens in der Psychiatrie, von Cramer-Göttingen. — Ueber den Querulantenwahn in nosologischer und forensischer Beziehung, von Koeppen-Berlin. — Ueber die transitorischen Bewusstseinsstörungen der Epileptiker in forensischer Beziehung, von Siemerling-Tübingen. Ueber diese Mittheilungen liegt uns ein ausreichendes Material nicht vor.

1. Siemens recapitulirt in seinem Vortrage die Beschlüsse, welche der Verein 1893 in Frankfurt a. M. über die Ausführung des preussischen Gesetzes vom 11. Juli 1891 gefasst hat, und zeigt, wie es erst des Maria-

*) Aus äusseren Gründen verspätet zum Abdruck gelangt. Red.

berger Processes bedurfte, um die Verwaltungen auf die Erfüllung der bis dahin unberücksichtigt gebliebenen berechtigten psychiatrischen Ansprüche hinzuweisen. Wenn der Staat den Provinzial- und Landarmen-Verbänden die wichtige Irrenpflege anvertraut hat, so hat er das wirklich nicht gethan in der Erwartung, diese Körperschaften würden diese Aufgabe aus Rücksichten der Ersparniss oder der Bequemlichkeit allmählich an Private oder an religiöse Genossenschaften abgeben. Der Mariaberger Process hat gezeigt, wohin es führen kann, wenn die Stellung und die Zahl der Aerzte in den pastoralen Anstalten so bleibt, wie sie thatsächlich gegenwärtig fast in ihnen allen ist, wie S. speciell an dem Beispiele der Kückenmühler Anstalten bei Stettin nachweist, in welcher allerdings in allerneuester Zeit zwei im Hause wohnende Assistenzärzte angestellt worden sind; jedoch sind dieselben angewiesen, ihre Thätigkeit vorzugsweise im Anstaltslazareth auszuüben, da der dirigirende Pastor die Anstaltsinsassen nicht als Kranke, sondern nur als Zöglinge gelten lassen will. Dass solche Anschauungen nicht herrschend bleiben dürfen, das hat der Mariaberger Process gezeigt. Der Fall, an den der Process anknüpft, der des Kaplan Forbes, ist gewiss nicht geeignet, eine Erneuerung der Beschuldigung, die Irrenanstalten internirten gesunde Menschen, zu veranlassen; wenn man alle Beschuldigungen solcher Irren, denen es an Krankheitseinsicht fehlt, als Beweis für ihre Berechtigung zusammenstellt, wie das v. Kirchenheim und Reinartz in ihrer Broschüre thun, so wäre das fast naive Kritiklosigkeit.

Alle Fortschritte in der Erkenntniss und der Behandlung der Psychosen gingen von Aerzten aus und wären immer von ihnen ausgegangen; unmöglich können diese Errungenschaften in den unter geistlicher Leitung stehenden Anstalten in vollem Umfange zur Geltung kommen; die moralisirende Auffassung des Verhaltens Geisteskranker, wie sie geistlichem Wartpersonal eigen ist, ist mit der ärztlichen Auffassung nicht vereinbar. Ein weltliches Wartpersonal aber hat, wenn es seine schweren Pflichten erfüllt und erfüllen soll, Anspruch auf eine Besserung seiner Lage. Es genügt die gegenwärtige Zahl des Wartpersonals nicht zu einer ausreichenden Pflege, wie sie alle Welt verlangt. Für die Erholung und das ungestörte Ausruhen des Personals muss mehr gethan werden; in nicht zu viel Dienststunden hintereinander sollen die Einzelnen angestrengt werden. Die Gehaltsfrage muss befriedigend gelöst werden, ebenso wie die spätere Versorgung; die Verdienste pflichttreuer Wärter verdienen daneben wohl mehr öffentliche und staatliche Anerkennung, als sie bisher gefunden haben. Desshalb ist die Anweisung des Cultusministers, bei den Anstaltsrevisionen auch dem Wartpersonal Aufmerksamkeit zuzuwenden, mit Beifall zu begrüssen.

Eine weitere Vervollkommnung des heutigen Anstaltswesens erwartet S., wenn nach Uebernahme aller Kranker in eigene Anstalten eine Scheidung der Kranken möglich wird, so dass die Heilbaren und geistig noch nicht Entarteten in den jetzigen Heil- und Pflegeanstalten, die übrigen aber in besonderen Pflege- und in Siechen-Anstalten untergebracht werden. Damit könne dann auch die Unterbringung der geisteskranken Verbrecher anders geregelt werden. Empfehlenswerth wäre, dass sich mehrere Provinzial-Verbände vereinigten, um durch Adnexe an Corrections- und Landarmen-

Anstalten die unbescholtenen Geisteskranken vom Zusammenleben mit diesen störenden und hemmenden Elementen zu befreien.

Ferner verlangt Siemens eine Vermehrung des ärztlichen Personals und erwartet bei psychiatrischer Vorbildung aller Mediciner eine zweckmässige Auswahl derer, die sich zu Irrenärzten von Fach eignen.

Eine Verschärfung der heutigen das Irrenwesen betreffenden Vorschriften fordert S. bezüglich der Concessionsertheilung für die Privat-Irrenanstalten, die nicht eintreten dürfte, wenn nicht ein speciell befähigter ärztlicher Leiter beim Nachsuchen der Concession präsentirt und ihm contractlich eine autoritative Stellung eingeräumt wird. (Diese und weitere von S. für Privatanstalten erhobenen Forderungen sind inzwischen durch den neuen Ministerialerlass über das Privatanstaltswesen bereits erfüllt.) Die Anstaltsrevisionen durch die Kreisphysiker würde eine grössere Bedeutung haben, wenn es mit der psychiatrischen Ausbildung vieler dieser Beamten besser bestellt wäre.

Von grösster Wichtigkeit sei ferner, dass in der Ministerialinstanz eine eigene Abtheilung (resp. Unterabtheilung) für die Angelegenheiten des gesammten Irrenwesens eingerichtet werde, mit mehreren Räthen im Hauptamt, die Psychiater von langjähriger Erfahrung seien und deren Vorsteher der unmittelbare Vortrag beim Minister zustehen müsse. Denn auch eine Beaufsichtigung der provinzialen Irrenpflege von der Centralbehörde aus sei wünschenswerth.

Von der Erfüllung dieser Forderungen sei eine weitere gedeihliche Entwicklung des Irrenwesens zu erwarten.

2. Der Correferent Zinn weist gegenüber den Angriffen gegen die Irrenärzte darauf hin, dass Alles, was die Provinzen bisher für das Irrenwesen gethan haben, ausschliesslich auf Anregung und stetes Drängen der Irrenärzte geschehen ist, dass diese auch längst auf Uebelstände aufmerksam gemacht haben, deren Beseitigung jetzt anscheinend aus der Initiative der Behörden oder der öffentlichen Meinung hervorgeht. Wenn noch manches im Irrenwesen zu wünschen übrig liesse, so sei das nicht Schuld der Irrenärzte.

Revisionen von Irrenanstalten haben nur dann einen Zweck und Nutzen, wenn der Revisor ein tüchtiger, langjähriger Irrenarzt ist. Der Gedanke, jedem Kranken in der Anstalt einen eigenen Vertreter zuzuordnen, würde schon an dem Mangel der nöthigen Zahl geeigneter Personen scheitern. Trotzdem ist Zinn für weiteren Schutz der Kranken und der Anstaltsärzte.

Bezüglich der Forderung einer Aenderung des Entmündigungsverfahrens citirte Zinn die Aeusserung des preussischen Justizministers im Herrenhaus, dass ihm nach seiner Aufforderung an die Unterzeichner des „Göttinger Aufrufs", Fälle ungerechtfertigter Entmündigung zu seiner Kenntniss zu bringen, noch kein derartiger Fall angezeigt worden wäre.

Die reformbedürftigen Seiten unseres Irrenwesens sucht Zinn auf einem anderen Gebiete, als die Laien ahnen; dazu rechnet er die Ueberfüllung der Anstalten, den Mangel von Bestimmungen über die nöthige Mindestzahl von Wärtern und Aerzten, die Anwesenheit von Verbrechern in den Irrenanstalten.

Darauf nahm der Verein folgende Thesen an:

„1. Der Verein der Deutschen Irrenärzte erkärt wiederholt die endliche Durchführung seiner in der Jahressitzung vom 25. Mai 1893 in Frankfurt a. M. in Bezug auf die Reform des Irrenwesens einstimmig gefassten Beschlüsse als eine **unabweisbare** Pflicht der Staats- und Provinzialbehörden, umsomehr, als die Berechtigung und Dringlichkeit dieser Beschlüsse durch die bekannten, tief beklagenswerthen Zustände und Vorgänge in der Irrenpflegeanstalt der Alexianerbrüder in Aachen kürzlich eine beschämende Bestätigung gefunden hat.

Die Beschlüsse lauten:

Nicht unter ärztlicher Leitung und Verantwortung stehende Anstalten für Geisteskranke — einerlei, ob dieselben heilbar oder unheilbar sind —, für Epileptische und für Idioten entsprechen nicht den Anforderungen der Wissenschaft, Erfahrung und Humanität und können desshalb als „zur Bewahrung, Kur und Pflege dieser Kranken geeignete Anstalten", auch im Sinne des Preussischen Gesetzes vom 11. Juli 1891, nicht betrachtet werden.

Unheibare Geisteskranke bedürfen der ärztlichen Fürsorge nicht minder als die heilbaren.

Es ist desshalb Pflicht des Staates, der Provinzial- und Kreisverbände, die hilfsbedürftigen Geisteskranken, Epileptischen und Idioten, in eigenen, unter ärztlicher Leitung und Verantwortung stehenden Anstalten zu bewahren, zu behandeln und zu verpflegen.

Alle im Besitz von Privaten oder religiösen Genossenschaften befindlichen Anstalten der genannten Art müssen unter verantwortliche ärztliche Leitung und unter besondere Aufsicht der Staatsbehörde gestellt werden. Als leitende und für die Leitung verantwortliche Aerzte dürfen nur psychiatrisch, theoretisch und practisch vorgebildete Aerzte angestellt werden. Ihre Anstellung an im Besitz von privaten oder religiösen Genossenschaften befindlichen Anstalten bedarf wie ihre Dienstanweisung, der Genehmigung der Staatsbehörde.

Die fernere Annahme einer Stelle an einer nicht unter ärztlicher Leitung stehenden Anstalt durch einen Arzt widerstreitet dem öffentlichen Interesse und der Würde des ärztlichen Standes.

Der Staat hat die Pflicht, für eine bessere theoretische und practische Ausbildung alter Aerzte in der Psychiatrie zu sorgen; zu dem Zwecke muss die Zulassung zur ärztlichen Prüfung von dem Nachweis einer mindestens halbjährigen Besuchs einer psychiatrischen Klinik abhängig gemacht und die Psychiatrie als Gegenstand der ärztlichen Prüfung in die Prüfungsordnung aufgenommen werden.

In Ergänzung dieser Beschlüsse erklärt der Verein ferner:

2. In der Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst (Physikatsprüfung) sind in Bezug auf Psychiatrie strengere Anforderungen als bislang in Preussen an die Candidaten zu stellen, insbesondere ist die Prüfung in der Psychiatrie in einem eigenen Abschnitt von einem Psychiater vorzunehmen.

3. In der zu erwartenden Medicinal-Reform für Preussen ist den beamteten Aerzten eine rein amtliche Stellung einzuräumen und denselben

ein der Bedeutung des Amtes entsprechendes Gehalt mit Pensionsberechtigung zu gewähren.

4. Die in vielen deutschen, insbesondere preussischen Irrenanstalten bestehende Ueberfüllung ist mit schweren Nachtheilen und Gefahren für die Kranken, das Aerzte- und Wartepersonal verbunden. Baldige gründliche Abhilfe ist dringend geboten.

5. Die Anwesenheit geisteskrank gewordener Verbrecher, namentlich in grösserer Zahl in einer Irrenanstalt, verletzt und schädigt die übrigen Kranken empfindlich, erschwert die „freie Behandlung" und gefährdet, da die Irrenanstalt gegen Entweichungen solcher Kranken die nöthige Sicherheit ohne Verzicht auf den Character als Krankenanstalt nicht bieten kann, die öffentliche Sicherheit in hohem Grade. Endliche Abhilfe ist auch hier dringendes Bedürfniss

6. Die Schaffung einer eigenen Abtheilung für das Irrenwesen an dem zuständigen Ministerium mit einem erfahrenen Irrenarzte an der Spitze und den nöthigen psychiatrisch gebildeten ärztlichen Hilfsarbeitern, sämmtlich im Hauptamt angestellt, ist die unerlässliche Vorbedingung für eine planmässige, consequente und zielbewusste Entwicklung unseres Irrenwesens und für eine genügende und wohlthätig nach allen Seiten wirkende Staatsaufsicht über die Irrenanstalten."

Die Thesen wurden unter allseitigem Beifall einstimmig angenommen.

Ausserdem wurde ebenfalls einstimmig auf Antrag des Referenten beschlossen:

„Der Vorstand wird, mit dem Recht der Ergänzung, beauftragt, die „Wärterfrage" einer erneuten gründlichen Prüfung zu unterziehen und dem Verein in seiner nächsten Jahressitzung Bericht zu erstatten und Vorschläge zu einer möglichst allseitig befriedigenden Lösung dieser Frage zu unterbreiten." K.

II.

27. Wanderversammlung des südwestdeutschen psychiatrischen Vereins.

Karlsruhe, 9. und 10. November 1895.

Die beiden für die diesjährige Versammlung aufgestellten Thematas waren: 1. Die epileptischen Geisteszustände mit Bezug auf die Strafrechtspflege. Referenten: Prof. Dr. Kirn (Freiburg i. Br.), Dr. Wildermuth (Stuttgart).

2. Die Wärterfrage. Referenten: Geh.-Rath Dr. Ludwig (Heppenheim), Director Dr. Karrer (Klingenmünster).

1. Sitzung 9. XI., Nachm. 3 Uhr.

3. Die epileptischen Geisteszustände mit Bezug auf die Strafrechtspflege. — Prof. Kirn giebt einen kurzen Ueberblick über diejenigen Zustände der Epileptiker, welche dieselben erfahrungsgemäss so häufig in Conflict mit dem Gesetz bringen. Er setzt sodann die für die Beurtheilung in loco wichtigen Gesichtspunkte auseinander und betont namentlich, dass stets dabei die individuelle Beurtheilung massgebend sein müsse. Es genüge nicht, nachzuweisen, dass die betr. Person epileptisch sei. Es müsse der Zusammenhang des fraglichen Delictes mit der Krank-

heit festgestellt werden, um das Individuum für den betr. Fall für unzurechnungsfähig erklären zu können. Es böten da natürlich die reinen epileptischen Aequivalente ohne typische Anfälle die grösste Schwierigkeit. In vielen Fällen könne man nur eine geminderte Zurechnungsfähigkeit feststellen. Ref. geht dann noch auf die aus dem Verhalten der Amnesien sich ergebenden Schwierigkeiten ein.

Dr. Wildermuth behandelt den klinischen Theil der Frage nach folgenden drei Gesichtspunkten:

1. Welche Anhaltspunkte haben wir, eine acute oder chronische Geistesstörung als eine epileptische anzusehen und finden wir solche in der Form des Irreseins an sich?
2. Bietet uns, davon abgesehen, das körperliche und geistige Verhalten der zu Untersuchenden Symptome, die auf Epilepsie schliessen lassen?
3. Können wir in der Richtung besondere Schlüsse aus der Anamnese, speciell aus der Aetiologie ziehen?

Ref. unterscheidet. 1. Die sogen. genuine Epilepsie mit dem bekannten Symptomencomplex, bei der relativ selten, abgesehen von Heredität, eine directe Ursache des Leidens sich erweisen lasse. Auf dem Boden derselben kommen die specifisch epileptischen Psychosen vor. — 2. Intoxications-spec. Alcohol-Epilepsie, die den gleichen Symptomencomplex wie die Epil. vera bietend, nach des Referenten Erfahrung nicht sehr häufig sei. — 3. Jackson'sche Epilepsie mit den characteristischen, auf locale Gehirnreizung hinweisenden Krämpfen. Eigentliches epileptisches Irresein komme bei reinen Fällen nicht vor, die chronische Degeneration entwickle sich hier weniger. — 4. Reflexepilepsie. — 5. Epilepsie nach Poliencephalitis infant. Vorkommen spec. epileptischer Psychosen fraglich, moralische Degeneration selten.

Unter 240 selbst beobachteten Fällen von Epilepsie betrafen:

82% genuine Epilepsie, 1,4% Alcohol-Epilepsie, 13,3% Epilepsie nach Polioencephalitis, 5,8% corticale Epilepsie, 0.4% Reflexepilepsie.

Die Uebergänge zwischen den einzelnen Formen epileptischer Bewusstseinsstörungen sind fliessend, die Tiefe der Bewusstseinsstörung, die Dauer und Art derselben variiren, ebenso das zeitliche Verhältniss, in dem sie zu eventuellen Krampfanfällen stehen. Das Verhalten der Amnesie ist ebenfalls ein wechselndes, sowohl was den Eintritt derselben, als die Vollständigkeit betrifft. Ref. ist der Ansicht, dass vollkommene Amnesie stets nach Dämmerzuständen mit automatischem Handeln aufträte. Meist treten epileptische Psychosen erst nach längerem Bestehen der Epilepsie auf, doch wird auch in manchen Fällen das Leiden durch einen Anfall von transit. Irresein eingeleitet und es treten erst später Krampfanfälle auf. — Ob epileptische Psychosen ohne sonstige epileptische Symptome existiren, lässt sich nicht bestimmt sagen, da epileptische Anfälle häufiger übersehen werden, als man denkt. — Ref. bespricht dann die Symptome, welche für den epileptischen Character der fraglichen psychischen Störungen sprechen und hebt die Wichtigkeit der chronischen epileptischen Degeneration hervor, die in 60—70% der Fälle vorhanden sei, die namentlich in Gedächtnissschwäche, lange erhaltenem Krankheitsbewusstsein, bornirter „laudatio familiæ“ sich äussere, während Frömmelei und beträchtlichere ethische Degeneration nicht

so häufig vorkomme, als gewöhnlich angenommen werde. Bestimmte pathognomonische körperliche Symptome existiren nicht Von ätiologischen Momenten ist hauptsächlich die Heredität von Wichtigkeit (49 - 50%; identische Vererbung in 19%); directe Ursachen waren nicht nachweisbar in 84% aus dem Material des Referenten; acute und chronische Krankheiten in 8%, Kopftraumen in 6%. — Bei corticaler Epilepsie war in 43% Trauma als Ursache anzusehen; bei Reflexepilepsie nahmen Narben im Trigeminusgebiete eine hervorragende Stelle ein (nach dem Sanitätsberichte aus dem Feldzuge 1870|71 hatten sie in 28% Epilepsie zur Folge gegen kaum 0,01% bei Verletzungen anderer Körpertheile).

In der Discussion weist Kräpelin (Heidelberg) auf die diagnostische Bedeutung der epileptischen Verstimmungen hin, die wiederholt neben Dämmerzuständen als einziges Zeichen der Epilepsie von ihm beobachtet wurden. Der Alcohol habe eine eminente auslösende Wirkung für alle epileptischen Irreseinszustände, besonders hinsichtlich der pathologischen Rauschzustände und dipsoman. Anfällen, für die Kr. eine epileptische Basis annimmt. — Tuczek (Marburg) betont, dass es forensisch wichtig sei, darauf zu achten, dass von den „Traumerlebnissen" der Dämmerzustände Einzelheiten, die nicht absurd zu sein brauchten, in das gewöhnliche Leben als wahre Erlebnisse hinübergenommen werden können. Er meint, dass diese Wahnideen vielleicht zu Paranoiaformen sich weiterentwickeln können. — Wildermuth bleibt dabei, dass in Süddeutschland Alcoholepilepsie selten sei. — Fürstner (Strassburg) meint, dass bei den epileptischen Verstimmungen event. nächtliche Anfälle im Spiele sein könnten. Bei den epileptischen Psychosen könne nur von einer Veränderung des Bewusstseinsinhaltes die Rede sein, nicht von Bewusstlosigkeit. Die Amnesie könne dem Grade der Bewusstseinsstörung entsprechend grösser oder geringer sein. — Kräpelin: Zwischen Tiefe der Bewusstseinstrübung und dem Verhalten der Erinnerung bestehen keine bestimmten Beziehungen. Er erinnert daran, dass die Erinnerung direct nach dem Anfall vorhanden sein kann und später erlischt und umgekehrt. — Siemerling (Tübingen) behauptet den Zusammenhang zwischen dem Grade der Erinnerung und dem der Bewusstseinsstörung. „Verstimmungen kämen bei allen möglichen Psychosen und Schwachsinnszuständen vor. Alcoholepilepsie sei sehr häufig, ca. die Hälfte aller Trinker erkrankt an Epilepsie, wie aus den Beobachtungen am Delirantenmaterial der Charité hervorgehe. Die Angaben Magnan's betreffs der hervorragenden Rolle des Absynths betr Erzeugung von Epilepsie seien falsch. — Aschaffenburg (Heidelberg) betont auf das Nachdrücklichste die enorme Wichtigkeit der Kenntniss der periodischen Verstimmungen der Epileptiker. Sie fanden sich in 78% der genau beobachteten Fälle der Heidelberger Klinik. In diesen Zuständen könne es zu Fahnenflucht bei Soldaten, zu Gewaltthätigkeiten etc. kommen. Für solche Vergehen müsse man dann event. dem Angeklagten den Schutz des § 51 zubilligen. — Thomsen (Bonn) macht darauf aufmerksam, dass das Verhalten der Erinnerung nach epileptischen Dämmerzuständen event. den Verdacht der Simulation erwecken könne. Er hält zur Diagnose der Epilepsie in foro den Nachweis von Krampfanfällen für nöthig. — Auf eine Anfrage Mack's (Stephansfeld) erklärt Siemerling, die Alcoholepilepsie

sei wohl in Ländern, in denen kein Schnaps getrunken werde, seltener, die Qualität des Schnapses sei ganz gleichgültig. Für die Entstehung der Alcoholepilepsie seien wohl Umsetzungsproducte des Alcohols, nicht dieser selbst anzuschuldigen. — Schüle (Illenau) warnt vor der diagnostischen Verwerthung psychischer Einzelsymptome. Man solle, speciell in foco, den Begriff der Epilepsie lieber enger als weiter fassen. — Ludwig (Heppenheim) bemerkt, dass es sich in foco empfehle, den Dämmerzustand als solchen auf eine ganz besondere Verschiebung der normalen Beziehungen des in unmittelbarer Verbindung mit der vorausgegangenen Erregung in Thätigkeit gesetzten Bewusstseins zu dem Selbstbewusstsein im Sinne Wundt's, Kräpelin's etc. zurückzuführen und so die Thatsache zu erklären, dass die während des Dämmerzustandes vollzogenen Handlungen dem Wesen der normalen Persönlichkeit des Handelnden durchaus fremd sind.

4. Fürstner (Strassburg): Zur Pathologie gewisser Krampfanfälle. — Das Kindesalter ist nicht immun gegen hysterische Anfälle. Bis zum 8. Lebensjahre ist das männliche Geschlecht relativ stark betheiligt. Die Art des den Anfall auslösenden Momentes wechselt, die Anfälle sind sehr häufig (2mal und mehr pro Tag), Neigung zu statusartigen Zuständen, gelegentlich Temperatursteigerung, Bromkali wirkungslos, leichtes Auftreten von Bromismus. Die Anfälle können plötzlich aufhören, speciell bei psychischen Einwirkungen, oder sich mit der Zeit an bestimmte Vorkommnisse anschliessen, z. B. Nahrungsaufnahme, Prognose günstig. — Auch während der Pubertätsperiode hysterische Anfälle häufig. Typus im Wesentlichen derselbe, der hysterische Character noch deutlicher. F. macht hier besonders auf eine eigenthümliche Form von Appetitlosigkeit und consecutiven vasomotorischen Störungen aufmerksam. Therapeutisch kommt neben psychischer Beeinflussung oft Entfernung aus der Familie in Betracht.

F. bespricht sodann noch die Fälle, in denen ein schweres Trauma capitis oder organisches Hirnleiden mit feinsten Residuen die Ursache von nach Jahren auftretenden epileptischen Anfällen waren und theilt mehrere diesbezügliche Fälle mit. — Zum Schlusse bespricht F. die epileptischen Insulte, welche als Frühsymptome organischer Hirnleiden (Tumoren, Atherom, Lues etc.), sowie bei functionellen Psychosen auftreten. (Der Vortrag wird a. a. O. in extenso publicirt.)

An der Discussion betheiligten sich die Herren Wildermuth (Stuttgart), Siemerling (Tübingen), der auf die wichtige Rolle hinweist, welche Infectionskrankheiten (Masern, Scharlach etc.) beim Zustandekommen der sogen. Epil. tarda spielen, und Unkelhäuser (Giessen).

5. A. Hoche (Strassburg): Zur Frage von der forensischen Beurtheilung sexueller Vergehen.

H. wendet sich gegen die von Krafft-Ebing u. A. zu Gunsten der Conträrsexualen gegen den § 175 des R.-St.-G.-B. inscenirte Bewegung. Die Häufigkeit jener Abnormität werde übertrieben, auch läge in ihr nicht die Nöthigung zur Uebertretung des § begründet, derselbe sei im Gegentheil als ein heilsames Moment zu betrachten, das schwankenden Naturen einen gewissen Werth entgegensetze. Er wendet sich sodann gegen den weichlichen in letzter Zeit modern gewordenen „Urningscultus". Alle die modernen Uebertreibungen auf dem Gebiete würden schliesslich nur den Nutzen

haben, dass das Eintreten einer gesunden corrigirenden Strömung dadurch beschleunigt werde.

(Der Vortrag wurde von der Versammlung mit dem Zeichen lebhafter Zustimmung aufgenommen. Ausführliche Publication erfolgt im „Neurolog. Centralblatt“.)

6. Kräpelin (Heidelberg): Ueber Remissionen in der Katatonie. — Vortr. fasst den Inhalt seines Vortrages in folgenden Sätzen zusammen: 1. Bei der Katatonie sind Remissionen häufig, besonders bei Männern. Ihre Dauer kann eine Reihe von Jahren, selbst über 10, betragen, 2. In der Zwischenzeit sind die Kranken regelmässig nicht ganz gesund. sondern bieten gewisse Eigenthümlichkeiten (gezwungenes, affectirtes oder auffallend stilles Wesen, Reizbarkeit). 3. Wer einmal unter katatonischen Symptomen erkrankte, hat grosse Aussicht, früher oder später rückfällig zu werden. 4. Es handelt sich bei der Katatonie um eine organische Hirnerkrankung, die zu einer mehr oder weniger hochgradigen Verblödung führt.

7. Vorster (Stephansfeld): Ein Fall isolirter hyaliner Sclerose im Stirnhirn. — Beschreibung des microscopischen Befundes am Gehirn einer 72jährigen Frau, die an seniler Melancholie gelitten hatte.

2. Sitzung den 10. November, Vorm. 9 Uhr.

Vor Eintritt in die Tagesordnung wird folgende von Herrn Prof. Sommer (Giessen) eingegangene Resolution ohne Discussion en bloc angenommen:

Mit Bezug auf die im Auftrage des Vereins an die südwestdeutschen Regierungen gemachte Eingabe vom Jahre 1893 billigt die Versammlung die folgenden Sätze:

1. Aus dem Mangel des obligatorischen, durch eine Prüfung controllirten Unterrichts in der Psychiatrie bei der Ausbildung der Aerzte entspringen eine Reihe von Missständen für den ärztlichen Stand, die Begutachtung von Geisteszuständen, für die Kranken und ihre Angehörigen, sowie für die Anstalten selbst.
2. Es ist desshalb dringend nothwendig, dass in die neue Examensordnung für Aerzte im Deutschen Reich die Psychiatrie als selbstständiger Prüfungsabschnitt unter Verlängerung der Studienzeit um mindestens 1 Semester aufgenommen wird.

8. Die Wärterfrage. Karrer (Klingenmünster) bringt in seinem Referate ein grosses statistisches Material bei, betr. die Verhältnisszahl von Wartepersonal und Kranken, Gehalt und Anstellungsbedingungen des Wartepersonals etc. etc.

Ludwig (Heppenheim) stellt die folgenden Leitsätze zur Discussion unter dem Hinweise, dass dieselben für Irrenkliniken und Stadtdasyle in mancher Beziehung event. abgeändert werden müssten.

1. Der Lohn des Wartepersonals soll im Allgemeinen höher sein, als die in dem betreffenden Gebiete üblichen Arbeits- und Dienstlöhne. Er soll in den ersten Dienstjahren alljährlich steigen und zwar vom 1.—3. etwa um 100 Mk. Die obere Grenze der Lohnskala wird durch die örtlich socialen und wirthschaftlichen Verhältnisse bestimmt. Der Lohn der Wärterin soll hinter dem des Wärters nicht zu weit zurückstehen, etwa um 50 Mk.

2. Das Wartpersonal hat einen Theil seiner Lohnbezüge in der öffentlichen Sparkasse regelmässig einzulegen.
3. Zu den üblichen Naturalbezügen des Wartepersonals gehört eine vollständige Oberkleidung einschliesslica Schuhwerk.
4. Die Vertheilung der sogenannten Remunerationen und Trinkgelder. in nur je nach der Dauer der in dem betr. Jahre zurückgelegten Dienstzeit verschiedenen Beträgen, ist der ungleichen Vertheilung je nach Würdigkeit und Verdienst der einzelnen Wärter vorzuziehen.
5. Die Annahme und Entlassung des Wartepersonals steht unbeschränkt dem Director zu. (Das Wartepersonal steht also zu dem Director in demselben Verhältniss wie überall das Gesinde zu seinem Brotherrn.)
6. Die Wärter sollen unverheirathet sein.
7. Die Zeit und Kraft des Wärters gehört der Beobachtung und Pflege der Kranken. Sonstige Nebenbeschäftigungen (wie z. B. die Verwaltung von Abtheilungsgarderoben, der Dienst in den Spülküchen etc.) sind nur ausnahmsweise gestattet und bedürfen der jedesmaligen vorherigen Genehmigung des Directors.
8. Die Annahme von sogen. Privatwärtern in der seither üblichen Art und Weise ist nicht zu empfehlen.
9. Im Allgemeinen soll die Dienstzeit eines Wärters die Dauer von höchstens 10 Jahren nicht überschreiten. Eine längere Dienstzeit bringt sowohl dem Wartepersonal als auch der Anstalt Gefahr.
10. Es sind Mittel und Wege aufzunehmen, die der Anstalt den erforderlichen Zugang körperlich und voraussichtlich auch geistig qualificirter Bewerber um den Wärterdienst sicherstellen.
11. Während der Wintermonate ist den Wärtern und Wärterinnen durch den Director und die übrigen Aerzte der Anstalt regelmässiger Unterricht in der Krankenpflege und in allem in ihrer dienstlichen Stellung überhaupt für sie Wissenswerthen zu ertheilen.
12. Ein täglicher lebhafter Verkehr zwischen den Aerzten und dem Wartepersonal ist dringend zu empfehlen. Die hierdurch verschärfte Controlle der dienstlichen Führung des Wartepersonals verdient um so mehr Beachtung, als in der Regel auf eine Mitwirkung Seitens der Kranken und Wiedergenesenen in der gedachten Richtung auch dann leider verzichtet werden muss, wenn dieselben hierzu sehr wohl im Stande wären.
13. Die Regulirung des Urlaubs für das Wartepersonal nach einem im Voraus bestimmten Turnus erscheint nicht zweckmässig.
24. Die Anlage besonderer Wärterzimmer empfiehlt sich nicht.
15. Die Disciplinar-Strafgewalt über das Wartepersonal steht allein dem Director zu. So lange das Wartepersonal in dem Dienste der Anstalt sich befindet und in demselben belassen werden soll, ist die Zahl der Bestrafungen auf das Aeusserste zu beschränken.
16. Das Institut eines Oberwärters (Oberwärterin) mit denselben untergebenen Oberwärtergehülfen verdient den Vorzug vor dem Institut mehrerer coord. Oberwärter, Die Oberwärtergehilfen sollen unverheirathet sein. Dasselbe gilt von dem Oberwärter.

An die Verlesung der einzelnen Thesen schloss sich eine lebhafte Discussion an, an der die sämmtlichen anwesenden Anstaltsdirectoren etc. sich betheiligten. (Obwohl dieselbe genug des Interessanten und Lehrreichen bietet, muss von einer Mittheilung wegen des beschränkten Raumes Abstand genommen werden. Es sei auf die Veröffentlichung des officiellen Berichts in der Allg. Zeitschr. f. Psych. besonders hingewiesen.)

3. Sitzung, 10. XI. 95, Nachm. $2^{1/2}$ Uhr.

9. Thoma (Illenau): Drei Fälle von Hirntumoren.

Bericht über 3 Fälle, die vorwiegend psychische Störungen zeigten und bei denen eine Diagnose auf Tumor cerebri wegen fehlender somatischer Erscheinungen intra vitam nicht in Frage zu kommen schien. Vortr. weist auf die auffallend hysterische Färbung des psychischen Verhaltens bei den Kranken hin.

10. Trömner (Heidelberg): Pathologische Veränderungen an Nervenzellen und ihre microphotogr. Darstellbarkeit.

Unter Demonstration zahlreicher Microphotogramme, die betreffs Schärfe der Details, Klarheit des ganzen Bildes und Tiefe desselben alles bisher in jener Art der Reproduction Bekannte weit hinter sich lassen, betont Vortr. die bedeutenden Vorzüge, welche diese Art der objectiven Schilderung vor der stets mehr oder weniger subjectiven Zeichnung besitzt. Speciell wenn es sich darum handle, publicirte Befunde auf ihre Richtigkeit kritisch zu prüfen, müsse man möglichst Abbildungen rein objectiven Characters liefern. Ausserdem besitzt die microphotographische Abbildung den grossen Vorzug, dass sie weniger zeitraubend ist. Die interessantesten vom Vortragenden demonstrirten Bilder waren solche von Schnitten durch die ganze Dicke der normalen und paralytischen Hirnrinde (Nissl); Ganglienzellen vom Hunde nach Alcohol- und Trionalvergiftung (Nissl); Ganglienzellen nach Vergiftung mit Tetanusgift (Nissl) etc.

11. Beyer (Strassburg): Ueber psychische Störungen bei Arteriosclerose.

Vortr. berichtet über eine Anzahl von Fällen von Arteriosclerose, bei denen (50—55. Lebensjahr) in Folge wiederholter Apoplexien ein der progr. Paralyse ähnliches Krankheitsbild entstanden war. Exitus erfolgte meist in 3—4 Jahren. Von Paralyse, Dementia senil., arteriosclerot. Degeneration unterscheidet sich diese Dementia apoplectica durch das schubweise Fortschreiten der psychischen Schwäche, dadurch, dass die Demenz nicht so hochgradig wird, dass der Apoplectiker nicht so dement ist, wie es scheint, während die übrigen bei schwerem intellectuellem Defect äusserlich verständig sein können.

Die fabulirende Euphorie entbehrt der Grössenideen. Die Dementia apoplectica lasse sich noch nicht genau umschreiben, biete aber doch hinreichend characteristische Züge, um ihr die Berechtigung einer eigenen Krankheitsform zuzugestehen.

12. Nissl (Heidelberg): Die Beziehungen der Nervenzellen-Substanzen zu den thätigen, ruhenden und ermüdeten Zellzuständen.

Das Ergebniss seiner Erörterungen fasst Vortr. in folgenden Sätzen zusammen:

1. Der Zellleib aller Nervenzellen enthält in Relation zur Alcoholfixirung eine sich mit Farbbasen tingirende und eine damit nicht färbbare Substanz. Erstere tritt den verschiedenen Zellarten entsprechend in ver-

schiedenen Anordnungen auf und bietet auch verschiedene tinctorielle Qualitäten.

2. Eie ungefärbte Substanz der Nervenzellenkörper enthält die Nervenfibrillen (Leitungsapparat für die Erregung). Ob die ungefärbte Substanz nur die Nervenfibrillen enthält oder ob abgesehen von der motorischen Zellart, in den übrigen Zellarten ausser den Nervenfibrillen noch andere Substanzen in der ungefärbten Substanz vorhanden sind, ist gänzlich unbekannt.

3. Bezüglich der gefärbten Substanz kennen wir allerdings eine Anzahl von morphologischen und tinctoriellen Qualitäten, aber ihre Stellung und Beziehung zum Nervenzellenkörper ist sowohl in chemisch-physikalischer und in morphologischer als auch in functioneller Beziehung völlig unbekannt. Experimentell ist festgestellt, dass alle bis jetzt bekannten die Nervenzellen treffenden Schädlichkeiten sich zunächst in einer Veränderung der gefärbten Substanz äussern. Eine restitutio ad integrum ist in den bis jetzt untersuchten Fällen dann möglich, wenn der Zellkern noch nicht alterirt ist.

4. Es ist durch geeignete Experimente festzustellen, ob die Pyknomorphie der Nervenzellen der anatomische Ausdruck für die nicht thätige, ruhende Nervenzelle ist, und umgekehrt die Apyknomorphie der anatomische Ausdruck für den Zustand der Thätigkeit der Nervenzelle. Ferner ist das anatomische Verhalten der Nervenzellen im ermüdeten (durch die physiologische Thätigkeit erschöpfter) Zustand noch zu eruiren. Der faradischen Reizung darf man sich bei diesen Experimenten nicht bedienen, sondern bei der Versuchsanordnung ist im Auge zu behalten, dass der anatomische Ausdruck für die physiologische Thätigkeit der Nervenzelle und für die in Folge dieser Thätigkeit ermüdeten und erschöpften Nervenzellen festgestellt werden soll. Die faradische Reizung der Nervenzelle ist experimentell gleichwerthig mit chemischen, thermischen uud traumatischen Reizungsversuchen der Nervenzellen.

5. Die Chromophilie der Nervenzellen ist durchwegs post mortem auf artificiellem Wege entstanden und zwar durch noch unbekannte Ursachen bei der technischen Behandlung des Gewebes.

13. Hess (Stephansfeld): Ueber das Ulnarissymptom (Bienacki) bei Geisteskranken.

Vortr. berichtet über seine diesbezüglichen Erfahrungen bei der Untersuchung von Paralytikern und Epileptikern. Bei letzteren fand er (12 Fälle), dass 6—12 Stunden nach einem Anfalle die normale Druckreaction fehlte und meist nach 12 Stunden wieder sich einstellte.

14. Gross (Heidelberg): Ueber Frühdiagnose der Paralyse.

Die Unterscheidung eines neurasthenischen Vorstadiums der Paralyse von einfacher Neurasthenie werde ermöglicht, wenn man berücksichtigt, dass die neurasthenische Gemüthsveränderung im Beginne der Paralyse nicht selten expansive Momente bietet; wenn man genügenden Werth legt auf Constatirung einer Veränderung von Character und Temperament, sowie Abnahme der intellectuellen Kräfte, auch ohne ausgesprochene Defecte. Am auffälligsten seien in Folge der eintretenden Gemüthsstumpfheit und Kritiklosigkeit die Störungen auf dem Gebiete des Handelns. Jede im 30.—45. Lebensjahre sich entwickelnde Neurasthenie, für die genügend schwere psychische Insulte ätiologisch nicht nachgewiesen werden können, sei der

Paralyse verdächtig. — Sodann sei bei jeder Psychose, einerlei welchen Character sie habe, der Verdacht auf Paralyse gerechtfertigt, wenn sie in dem angegebenen Lebensalter auftrete und eine andere Diagnose sich mit Sicherheit nicht nachweisen lasse. — Coincidenz von Paralyse und einer anderen Psychose sei nur dann anzunehmen, wenn ein Betrachten unter dem einheitlichen Gesichtspunkte unmöglich sei.

(Der Vortrag wird in extenso in der Münchener medic. Wochenschr. publicirt.)

15. Aschaffenburg (Heidelberg): Die diagnostische Bedeutung der Wahnideen.

Unter Zugrundelegung eines beträchtlichen Materials von Krankheitsfällen eigener Beobachtung (Psychosen des seniums, circuläres Irresein, verschiedene Verblödungsprocesse, Amentia, Paralyse etc.) weist Vortr. nach, dass die von Cramer und Neisser vertretene Behauptung, Wahnideen und Hallucinationen seien pathognomonische Symptome par excellence für Paranoia, ganz irrig sei. Er warnt davor, eine ungerechtfertigte Ueberschätzung dieser Symptome zur Zusammenfassung von Krankheitsbildern zu einer Gruppe zu verwenden, da dies nur zu Trugschlüssen führe und die Stellung einer exacten Diagnose und Prognose illusorisch mache. Art des Regimes, Entwicklung und Verlauf einer Psychose, das seien die Punkte, auf die man zu achten habe, nicht so auf das relativ irrelevante Vorkommen von Wahnideen. Man müsse möglichst zahlreiche genaue Krankheits**bilder** mit einander vergleichen, nicht aber Krankheits-Einzelsymptome, wenn man fruchtbringend klinisch arbeiten wolle.

Als Themata für die im November 1897 stattfindende nächste Versammlung (die für 1896 fällt aus, weil vermuthlich der Verein deutscher Irrenärzte im nächsten Sommer in Heidelberg tagen wird), werden bestimmt:

I. „Der weitere Ausbau der Irrenfürsorge ausserhalb der Irrenanstalten".
Referenten: Oberarzt Dr. Ganser (Dresden),
Director Dr. Fischer (Pforzheim).

II. „Die Katatonie".
Referenten: Geh. Rath Director Dr. Schüle (Illenau),
Dr. Aschaffenburg (Heidelberg).

Die Versammlung war von 52 Mitgliedern und 13 Gästen besucht.

Fürer (Heidelberg).

III.

Verein ostdeutscher Irren- und Nervenärzte.

Sitzung vom 30. November 1895 in Breslau.

16. Klinke (Tost, O.-S.): Zur feineren Anatomie des Hirnstammes und der Grosshirnganglien.

Vortragender hat an einem grösseren Material (13 Gehirne von Geisteskranken, b. Igel, Katze, Maus, Maulwurf, Frosch und Fledermaus) die Zellstructur der unteren Oliven, des corpus dentatum olivæ, der oberen Oliven, des Hypoglossuskernes, der grossen Einzelzellen der subst. reticular. medullæ, der nucl. arciformes, der Trapez- und Brückenkerne, der substantia nigra, des Thalamus, des Streifenhügels und Linsenkernes untersucht und ist zu folgenden Resultaten gekommen:

1. Die Zellen der unteren Olive und Nebenolive stimmen überein. Die Zellen der unteren Olive bei der Katze unterscheiden sich nur durch das fehlende Pigment Dasselbe liegt eingebettet in einem zierlichen blauen Netzwerk, der Zellleib ist bei Erwachsenen auffallend dunkel tingirt, lässt aber ein gröberes und feineres netzartiges Geflecht mit einzelnen mehr gestreckt verlaufenden Fäden erkennen. Der Kern ist blass und zeigt häufig an seinen Polen eine stärkere Ansammlung von dunkler Farbe. Gleich gebaut sind die Zellen des corpus dentat. olivæ des Cerebellum, nur erscheint das Netzwerk noch zierlicher. Die vorläufig nur bei der Katze untersuchten Zellen der oberen Olive erscheinen länglicher und mehr gestreckt, ebenfalls netzartig gestreift. Im medialen Lappen kommen vorwiegend (beim jungen Thier) hellere Zellen vor, die auch grösser sind, wie die in dem aufgerollten Blatt.

2. Die Zellen des Hypoglossuskerns beim Igel, Maus, Katze und Mensch zeigen bei allgemeiner Uebereinstimmung im Bau keine Verschiedenheiten. Bei einem Epileptiker und einer an seniler Demenz verstorbenen Kranken konnte Veränderung einzelner Zellkerne, trübe Schwellung des Zellleibes und Atrophie nachgewiesen werden.

3. Pyramidenkerne, Brücken- und Trapezkerne stimmen völlig überein, enthalten kleine, plumpe Zellen mit grossem Kern und sehr kleinen Kernkörperchen. Im Zellleibe ist eine grobe, netzartige Anordnung einzelner Fibrillen erkennbar.

4. Die grossen Zellen der subst. reticularis stimmen mit den motorischen Zellen des Rückenmarks im Bau überein, allerdings wieder mit kleinen Abweichungen Je nach der Schnittrichtung erkennt man Zellen mit mehr punktirtem oder mit gestreiftem und netzartigem Aussehen Die Zellen junger Thiere erscheinen heller. Sehr deutlich konnte die Einstrahlung der einzelnen Fibrillen von der Peripherie nach dem Kern hin, oft bis in die Nähe des nucleolus, nachgewiesen werden, während die einzelnen gestreckt verlaufenden Fäden durch mehr concentrisch angeordnete anscheinend in Verbindung gesetzt werden. Im Allgemeinen herrscht auch hier der netzartige Bau vor.

5. Die Zellen der substantia nigra müssen, wenn sie einen sogen. directen Gehirnantheil darstellen (Monakow), bei Veränderung in der Rinde ebenfalls sich verändert zeigen. Dementsprechend fanden sich deutlich veränderte Zellen (Atrophie, Veränderung des Kernes und des Pigments etc.) bei Paralyse, Epilepsie, seniler Demenz, bei einem Falle von Paranoia dagegen anscheinend nur normale Zellen. Bei einem Falle von Sepsis sahen die Zellen trübe, wie bestäubt aus. Auf Frontalschnitten zeigen sich in der subst. nigra eine Anzahl (10—12) von sogen. Kerngruppen, zusammenliegende Zellenhäufchen, deren genauere Abgrenzung, bezw. deren Abhängigkeit von den einzelnen Gebieten der Rinde noch nachzuweisen bleibt. Bei Thieren sind die Zellen anders und einfacher gelagert, stimmen aber sonst im Allgemeinen im Bau überein. Im Zellleib lässt sich ein Netz deutlich erkennen, daneben lang durchziehende Fäden.

6. Bezüglich der Thalamuszellen sind die bezüglichen Angaben Obersteiner's dahin zu modificiren, dass die Zellen, mit Ausnahme derjenigen des nucleus magnus cellularis, klein zu nennen sind. Nur im vorderen, nicht im äusseren Kern sind besonders kleine, plumpe, nicht spindelförmige

Exemplare zu finden. Bei Katze, Mensch. Maulwurf, Kaninchen, Igel, Maus und Fledermaus lasse sich eine erhebliche Anzahl sogen Kerngruppen wahrnehmen, wenn auch die Structur der Zellen übereinstimmt. Im nucl. magnocell. ist der deutlich hervortretende Kern im Vergleich zum Zellleib sehr gross, letzterer ist zierlich, netzartig geädert. Pigment fehlt beim Thier, beim Menschen findet sich gelbes Pigment vorherrschend im Pulvinar. An Stelle des Netzes sieht man manchmal nur feine Körner und Striche.

7. Die Zellen des Streifenhügels unterscheiden sich schon durch ihre Kleinheit, von denen des Thalamus und sind häufig gryochrom (im Sinne von Nissl). Doch tritt auch vielfach netzartige Structur auf. Der Zellleib ist sehr klein, tritt gegen den Kern erheblich zurück, ist meist blass

Die einzelnen grossen Zellen des Linsenkernes, namentlich an der Grenze zwischen Putamen und Glob. pallidus zeigen den motorischen Typus.

Der Vortrag wurde durch eine grössere Anzahl von Zeichnungen erläutert. (Autoreferat.)

17 Klinke (Tost, O.-S.): Zur Frage der Unterbringung der geisteskranken Verbrecher in den Schlesischen Anstalten.

Der Umstand, dass neuerdings von Seiten der Verwaltungsbehörde eine Umfrage nach der Anzahl der in den schlesischen Anstalten vorhandenen geisteskranken Verbrecher geschah und ferner der Verein der deutschen Irrenärzte in Hamburg einstimmig sich dahin erklärt hat, es würde durch die Anwesenheit geisteskranker Verbrecher, namentlich in grösserer Anzahl, in der Anstalt die freie Behandlung erschwert und gefährdet, die übrigen Kranken geschädigt und verletzt, auch könne die Irrenanstalt gegen die Entweichungen solcher Kranker die nöthige Sicherheit ohne den Verzicht auf den Character der Krankenanstalt nicht bieten, veranlasste den Vortragenden zu einer speciellen Untersuchung der Verhältnisse in den Anstalten Schlesiens. Durch Fragebogen wurde festgestellt, dass bei einer Gesammtzahl von ca. 4000 Kranken die Zahl der geisteskranken Verbrecher 216, d. h. 5,4%, die Zahl der wirklich störenden Elemente darunter nur 66 beträgt. Einzelne Anstalten haben nur wenige, andere eine grössere Zahl derartiger Individuen, die aber bisher nur wie die anderen Kranken nach Art ihres jeweiligen Krankheitszustandes verpflegt wurden. Die bekannten Missstände, Entweichungen, Attentate würden allseitig anerkannt, daneben aber auch hervorgehoben, dass die schlimmen Eigenschaften auch den anderen Kranken, vielleicht noch in höherem Maasse innewohnen, ohne dass hier besondere oder andere Massnahmen, als die allgemein bei der Behandlung geltenden Platz greifen könnten. Störungen im Betriebe sind mir wenig bekannt geworden, nur wenige Kranke haben sich beschwert, Angehörige gar nicht. Vorschläge zur Abhilfe und zwar zur Unterbringung der geisteskranken Verbrecher, nach dem Vorgange Ostpreussens, in einer Correctionsanstalt wurden von einer Anstaltsdirection gemacht, während andererseits eine mehr gleichmässige Vertheilung der Verbrecher auf die einzelnen Anstalten verlangt wurde. Nach eingehender Untersuchung der bisher gemachten Vorschläge und practischen Versuche kommt Vortragender zu dem Schlusse, dass die vorhandenen Mängel weniger in dem Materiale, als in der Ueberfüllung und den mangelhaften Einrichtungen der Anstalten gipfeln. Nach Lage der Gesetzgebung fallen die geisteskranken Verbrecher den Provinzen zur Last. Bei Beseitigung der Ueberfüllung und mehr

gleichmässiger Vertheilung der Verbrecher auf die einzelnen Anstalten Vermehrung des Wartepersonals, Schaffung fester Isolirabtheilungen, bez bei Anhäufung einer grossen Anzahl gefährlicher Verbrecher in einer Anstalt, Errichtung einer festen Abtheilung, wie in Dalldorf, wird Besserung eintreten. Die Unterbringung im Arbeitshause scheint mir vielleicht vom öconomischen, nicht aber vom humanen, irrenärztlichen Standpunkte aus gerechtfertigt. Auch erscheinen Conflicte bei doppeltem Anstaltsregime unausbleiblich. Die störenden, obscönen u. dgl. Elemente müssen in einer modernen Anstalt von den anderen ruhigen und anständigen Kranken abgesondert werden können. Hierbei braucht die Anstalt die freie Behandlung der hierfür geeigneten Individuen nicht aufzugeben. Sind die geisteskranken Verbrecher Kranke, so müssen sie als solche und nur als solche behandelt werden. Alle anderen Bedenken über das Zusammensein unruhiger Elemente mit Unbestraften sind Vorurtheile. Nur die Angehörigen könnten hier vielleicht Abhülfe, dann aber mit Recht auch ebensogut die gesonderte Unterbringung auch der verbrecherischen und sonst gefährlichen Irren verlangen. Den Bau einer besonderen Anstalt verbietet schon die kleine, oben angeführte Zahl. Höchstens könnten sich mehrere Landarmenverbände zum Bau einer gemeinsamen Anstalt entschliessen. Doch erscheint jede Anhäufung der gefährlichen Elemente nicht rathsam. Die Irrenanstalt muss so eingerichtet sein, dass sie auch für die gefährlichen unter ihren geisteskranken Verbrechern dieselbe Sicherheit und die Möglichkeit der Absonderung gewährt, wie für die gefährlichen und für die freie Behandlung ungeeigneten unter ihren anderen Kranken.

(Autoreferat.)

In der Discussion sprach der anwesende Decernent der Provinzialverwaltung dem Vortragenden seine vollkommene Uebereinstimmung mit seinem Urtheil aus, aus der Versammlung erhob sich mehrfacher lebhafter Widerspruch gegen den Vortragenden, besonders von Seiten von Werner-Owinsk und Petersen-Brieg. Die Fortsetzung der Discussion wurde bis zur nächsten (März-) Sitzung vertagt.

18. Heilbronner-Breslau: Rindenbefunde bei progressiver Paralyse.

Vortragender hatte in letzter Zeit 2 Fälle von progressiver Paralyse mit bleibenden Herdsymptomen anatomisch zu untersuchen Gelegenheit. In beiden Fällen bestand eine spastische Lähmung des linken Armes, die sich bei der einen Kranken während ihres Aufenthaltes in der Klinik nach einer Serie linksseitiger „epileptiformer“ Anfälle im November 1994 eingestellt hatte und bis zum Tode im October 1895 bestehen blieb, während sie bei der anderen Kranken vom Februar 1893 bis zum Tode im April 1895 dauernd nachgewiesen werden konnte.

Vortr. demonstrirt zunächst die gröberen Befunde an Schnitten aus den mittleren Dritteln der Centralwindungen:

Die Hirnrinde erscheint an Präparaten aus den rechten Centralwindungen erheblich schmäler als an solchen aus der linken; nach der Lissauer'schen Modification und Weigert'schen Hämatoxylinmethode gefärbte Schnitte aus den rechten Centralwindungen lassen das Areal der Rinde fast völlig weiss erscheinen, während Schnitte von links in einem — allerdings nicht wie sonst gleichmässig — dunklen Tone erscheinen; dem entsprechend ergiebt die Betrachtung mit schwachen Vergrösserungen rechts fast völliges

Fehlen der markhaltigen Fasern der Rinde, während links nur ein mässiger, namentlich im Falle II, deutlich fleckweise auftretender Ausfall zu verzeichnen ist; an mit Methylenblau gefärbten dickeren (20—25 μ) Alcoholpräparaten von Fall I lässt sich rechts gleichfalls macroscopisch ein an normalen Präparaten fehlender heller Streifen in der Rinde nachweisen, in dessen Bereich bei microscopischer Betrachtung nur sehr spärliche Zellen zu finden sind*) (wie es schon von Lissauer als „schnittweise Degeneration" beschrieben wurde), während die Rinde links im Ganzen gleichmässig gefärbt, nur da und dort ganz wenig aufgehellt erscheint.

Der Gesammtbefund — intensiver Ausfall functionirenden Gewebes aus dem Centrum für den linken Arm, erheblich geringere Affection des Centrums für den rechten nicht befallenen Arm — bildet eine Bestätigung resp. Ergänzung der von Lissauer**) schon für eine Reihe der sensorischen Ausfallserscheinungen als zutreffend nachgewiesenen Annahme, dass die dauernden cerebralen Herdsymptome bei Paralytikern durch eine besonders intensive Erkrankung bestimmter Hirnprovinzen bedingt sind.

Ein weitergehendes Interesse bot der Fall I dadurch, dass hier kurz vor dem Tode unter Fortbestehen der linksseitigee Armlähmung eine Serie rechtsseitiger Zuckungen auftrat, für die Vortragender gleichfalls entsprechende anatomische Veränderungen zunächst der Zellen nachweisen zu können glaubt.

Vortragender demonstrirt verschiedene mit allen Cautelen nach Nissl's Methylenblaumethode gefärbte Präparate, die zum mindesten zwei wesentlich verschiedene Formen der Zellveränderung zeigen.

Die nachfolgenden Angaben beziehen sich zunächst auf die grösseren Pyramidenzellen der Rinde.

Die eine weitaus häufigere und in allen Präparaten von alten, chronisch verlaufenen Fällen weit überwiegende Form entspricht der längst als Sclerose beshriebenen. Die Zellen erscheinen kleiner, statt der feinstreifigen Anordnung der färbbaren Substanz findet sich eine mehr diffuse dunkle Färbung des Gesammtzellkörpers, die manchmal noch eine Zusammensetzung aus unregelmässigen groben Maschen und Fasern erkennen lässt. Die Fortsätze sind stark geschlängelt, lassen die normale zarte Strichelung vermissen. Die Kerne der betreffenden Zellen sind durchaus gegen den Zellleib deutlich abgegrenzt, die Kernmembran erscheint verdickt, der Kern verkleinert und häufig nicht vollständig rund, sondern mit vorspringenden Ecken resp. Einziehungen der Kernwand; das Kernkörperchen ist sehr deutlich, Befunde, die in gleicher Weise an Nissl'schen Methylenblaupräparaten und mit der Weigert'schen Mitosenfärbung deutlich werden; an Methylenblaupräparaten zeigte überdies der Kern eine ungewöhnliche diffuse bläuliche Färbung.

Die Zellen der zweiten Form zeigen mindestens normale Grösse, dürfen zum Theil vielleicht als geschwellt bezeichnet werden. Die streifige Anordnung der färbbaren Substanz erscheint noch angedeutet, doch finden sich statt der continuirlichen Längsstreifen reihenförmig angeordnete Partikel,

*) Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 48, S. 397.
**) L. cit.

die direct aus dem Zerfall der ersteren hervorgegangen zu sein scheinen, ferner Punktreihen, endlich Zellen, die von unregelmässig angeordneten, aber von der ungefärbten Substanz stets deutlich unterscheidbaren Körnchen zarten Kalibers erfüllt sind. (Die Zellfortsätze erschienen bisweilen leicht wellig, die Structur derselben meist noch angedeutet; die Kerne erschienen stark gebläht, mit sehr zarter Membran, statt des einen deutlichen Kernkörperchens bisweilen eine Reihe etwas kleinerer Körnchen; die übrige Kernsubstanz an Methylenblaupräparaten ganz ungefärbt.) Die beschriebene Structurveränderung scheint von Anfang an das gesammte Areal des Zellleibes in toto zu ergreifen im Gegensatze zu den in der Umgebung des Kernes beginnenden und von da gegen die Peripherie fortschreitenden Veränderungen, wie sie an Zellen des motorischen Typus von Nissl*) nach Durchschneidung des zugehörigen Nerven und vom Vortragenden**) bei alcoholischer Neuritis nachgewiesen wurden. Ebenso schien sich die gefundene Veränderung durch die Zartheit der restirenden Partikelchen gefärbter Substanz von einer weiteren Degenerationsform mit relativ plumpem klumpigem Zerfall der färbbaren Substanz zu unterscheiden, wie sie von Vortr. früher constatirt wurde.

Vortr. nimmt an, dass die erstgeschilderten „sclerotischen“ Zellen das typische Endproduct bei länger dauernder chronischer paralytischer Erkrankung darstellen, während der acut auftretende paralytische Process, gleichviel ob er diffus als „acute Paralyse“ oder circumscript als Ursache „paralytischer Anfälle“ im weitesten Sinne auftritt, sich durch die geschwellten Zellformen documentirt. Das reichliche Vorkommen derartiger Zellformen in der linken Centralwindung bei Fall I wäre dann mit den in den letzten Lebenstagen aufgetretenen rechtsseitigen Zuckungen in Zusammenhang zu bringen, und damit wenigstens an einem Falle der Beweis geliefert, dass nicht nur den dauernden Ausfallssymptomen, sondern auch den acut einsetzenden Herdsymptomen bei der progressiven Paralyse in den nach der Localisationstheorie in Betracht kommenden Rindenabschnitten anatomisch nachweisbare Veränderungen im functionirenden Gewebe entsprechen, von Interesse scheint es, dass auch diese acuteren Veränderungen zunächst in fleckweiser Anordnung aufzutreten scheinen, wie es von Lissauer für den Zellausfall angegeben wurde und wie es für den Ausfall der Fasern an zahlreichen Präparaten nachzuweisen ist.

Auch wenn sich die obigen spärlichen Befunde weiterhin als richtig erweisen lassen, bleibt noch eine Reihe von Fragen unaufgeklärt. Vor allem bleibt noch zu erweisen, in welchem Verhältniss ein Krampf- zu den Lähmungserscheinungen, überhaupt die Reiz- zu den Ausfallssymptomen stehen; die oben beschriebene Veränderung der Zellen lässt nur ganz allgemein den Schluss auf einen acuteren Process, nicht auf die klinische Bedeutung dieses Processes zu.

Noch nicht sicher gestellt ist ferner das weitere Schicksal der acut veränderten Zellen: die klinisch erwiesene Thatsache, dass die Folgen para-

---

*) Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 48, S. 197.
**) Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 51, S. 1020

lytischer Anfälle oft in kürzester Frist sich fast spurlos verlieren können, legt die Vermuthung nahe, dass unter Umständen auch eine anatomische Restitution der erkrankten Zellindividuen nach Analogie anderer acut entzündlicher parenchymatöser Affectionen eintritt.

Bleibt diese Restitution aus, so zerfällt jedenfalls ein Theil der Zellen dem totalen Untergang; es kommt zu dem von Lissauer geschilderten Bilde der schichtweisen Degeneration; thatsächlich findet man bei Durchsicht zahlreicher Präparate alle Uebergangsformen von den oben geschilderten leicht veränderten Zellen bis zu noch eben erkennbaren Rudimenten, bestehend aus einem von geringen staubigen Massen umgebenen Kern; besonders typisch ist eine sehr häufig anzutreffende Form: der Contour der Zelle erscheint meist an einer Längsseite unterbrochen und die gesammte trübe Zeichnung wie nach dieser Seite hin zerwischt Ob alle geschwellten Zellen, die sich nicht restituiren, direct dem Untergang anheimfallen, oder ob ein Theil derselben später in die sclerotische Form übergehen kann, vermag Vortragender zur Zeit noch nicht zu unterscheiden; ebenso muss eine weitere Frage offen gelassen werden, ob nämlich auch an den bereits sclerotischen Zellen sich späterhin wieder ein Zustand der Schwellung entwickeln kann; diese Annahme wird durch die klinische Erfahrung nahegelegt, dass die Anfälle mit besonderer Vorliebe immer das gleiche eventuell bereits dauernd gelähmte Gebiet betreffen.

Die Untersuchungen werden fortgesetzt werden.

(Autoreferat.)

19. Freund (Breslau): Demonstration eines Falles von psychischer Lähmung.

In einem am 4. October 1895 in Prag gehaltenen Vortrage „über psychische Lähmungen“ (veröffentlicht im Neurolog. Centralblatt 1895, Nr. 21) hat Fr. 3 einschlägige Fälle kurz geschildert. Da in der an den Vortrag sich anschliessenden Discussion gegen die Fälle der Verdacht der Semulation ausgesprochen wurde (vergl. Bericht über die Prager Neurologenversammlung in derselben Nummer des Neurol. Centralbl., S. 952), fühlt sich Fr. verpflichtet, die beiden Kranken einem Kreise von Fachgenossen vorzustellen. Leider ist der eine — auswärts wohnende — Kranke (l. c. S. 944 und 953) nicht erschienen. Der andere Kranke (l. c. S. 945) wird sehr eingehend demonstrirt. Seine Hauptsymptome bestehen in einer schlaffen totalen Monoplegie und absoluten Anästhesie im Bereich des rechten Armes, sowie in abnorm empfindlichen hyperästhetischen Zonen im Bereich der ganzen Wirbelsäule und der linken Augen- und Schläfenregion. Von einer genauen Wiedergabe des umfangreichen Symptomencomplexes wird im vorliegenden Referate Abstand genommen, weil der Fall bereits in der Inauguraldissertation von J. Bach, Breslau 1892, genau beschrieben worden ist und wesentliche Veränderungen seitdem nicht eingetreten sind. Vortragender betont bei der Demonstration die Combination der Lähmung und Anästhesien mit Hyperästhesien und bespricht kurz diejenigen Sätze seines Vortrages (l. c.), welche durch den Fall gestützt werden. (Autoreferat.)

In der Discussion deducirte Prof. Wernicke, zum Theil aus einer von ihm in loco festgestellten Erscheinung, seine Auffassung des vorgestellten Falls als eines hysterischen.

20. Dr. Heinrich Sachs (Breslau): Ein Beitrag zur Frage des „fronto-occipitalen“ Associationsbündels mit Demonstrationen.

Dort wo die aus der inneren Kapsel nach hinten oben, oben, vorn oben und vorn strahlenden Stabkranzfasern auf die von der Medianfläche der Grosshirnhemisphäre in dieselbe einstrahlenden Balkenfasern treffen und dieselben zum Theil kreuzen, wird eben diese Kreuzungsstelle vom Schwanzkern und vom Seitenventrikel durch eine Masse mit Hämatoxylin nur schwach sich färbender Nervenfasern getrennt (von Déjérine als Verdickung des subependymären Graus bezeichnet, aber keine Zellen, sondern nur Fasern enthaltend), welche den Schwanzkern seiner ganzen Länge nach begleitet, mit dem Grösserwerden desselben frontalwärts wächst, vor ihm vertical herabzieht und gegen den nach hinten immer mehr sich verschmälernden Schwanz des Ganglions hin entsprechend sich verdünnt; diese Faserung ist vom Vortragenden als fasciculus nuclei caudati bezeichnet worden.

Die laterale, dem Stabkranz zunächst gelegene Seite des fasciculus nuclei caudati ist von ersterem durch eine aus mehreren Bündeln bestehende stark färbbare Längsfaserung getrennt, welche annähernd senkrecht auf die Richtung der Stabkranzfasern zu laufen scheint, also über dem nucleus caudatus von hinten nach vorn, vor demselben, wie gleich hier bemerkt sei, von oben nach unten zieht. Die obersten dieser Fasern stossen unmittelbar an die Balkenfasern an. Auf dem Horizontalabschnitt gewinnt man den Eindruck, als ob dieser Faserzug nach vorn sich unmittelbar in jene Balkenfasern fortsetze, welche aus dem Knie des Balkens entstammen, unmittelbar das Vorderhorn bezw. das aufsteigende Stück des fasciculus nuclei caudati vorn umziehen, lateral von diesem rückläufig werden und eine kurze Strecke weit nach hinten verlaufen, ehe sie sich rindenwärts auffasern.

Die Faserung ist von mehreren Seiten gesehen und beschrieben worden. Wernicke nahm an, dass die Fasern vorn aus dem Balkenknie stammen und hinten in die innere Kapsel eintreten. Der Vortragende selbst hielt sie früher ebenfalls für Balkenfasern, die rückläufig würden und erst weit hinten, bayonnetartig nach aussen biegend, der Rinde zueilten. Déjérine in seinem neuen gross angelegten Buche über das Gehirn glaubt, dass dieser Faserzug dem „fronto-occipitalen Associationsbündel“ angehöre, dass die Tapetumfasern aus Hinterhaupt- und Schläfenlappen, statt im splenium in die entgegengesetzte Hemisphäre einzutreten, auf der gleichen Hemisphäre unter dem Balken nach vorn laufend zu den geschilderten Fasern würden und vorn zur Rinde gelangten.

Thatsächlich verhält es sich so, dass der Faserzug hinten aus der inneren Kapsel kommt und vorn zur Rinde des Stirnlappens gelangt.

Dieser sonderbare Verlauf wird durch eine eigenthümliche Anordnung der Stabkranzfasern der vorderen Hemisphärenhälfte (für Scheitel- und Stirnlappen) bedingt, wie man an einer Reihe von Sagittalschnitten deutlich erkennen kann. Die am meisten lateral, also der convexen Fläche zu gelegenen Fasern der inneren Kapsel behalten in dem Sagittalschnitt genau ihre Richtung bei und strömen gerade so nach oben, vorn oben und vorn der Rinde zu, wie sie in der inneren Kapsel verliefen.

Nähert man sich allmählich der medianen Fläche, so biegen die Projectionsfasern am Stabkranzfuss anfangs in ganz stumpfem Winkel, dann

immer entschiedener nach vorn um, bezw. die nach vorn gegen den Stirnpol verlaufenden nach unten. Bei den am meisten median, also unmittelbar am nucleus caudatus und dem fasciculus desselben ziehenden Stabkranzfasern wird diese Umbiegung zu einer fast rechtswinkligen, so dass diese Fasern von oberhalb des nucleus caudatus horizontal nach vorn, vor demselben vertical nach unten verlaufen.

Das Bündel besteht nicht seiner ganzen Länge nach aus den gleichen Fasern. Vielmehr treten ihm aus dem Stabkranz beständig neue Fasern zu, während es die weiter hinten erhaltenen in weiter vorn gelegenen Ebenen beständig rindenwärts abgiebt. Alle diese Fasern erleiden also ihre Kreuzung mit Balkenfasern bedeutend weiter vorn (bezw. vor dem nucleus caudatus weiter abwärts), als ihrem Heraustreten aus der inneren Kapsel entsprechen würde.

Der Vortragende demonstrirte sodann mittelst des Projectionsapparates an frontalen, sagittalen, horizontalen und schrägen Schnitten durch das Grosshirn die Lage und den gesammten Verlauf dieser Fasern. Er zeigte ferner eine Anzahl von Präparaten aus Gehirnen mit Erweichungsherden und wies daran folgendes nach: Zerstörung des tapetums im Schläfenlappen oder der das Hinterhorn lateral begrenzenden Schicht der abtteigenden Forcepsfasern (sogen. tapetum des Hinterhorns) im Hinterhauptlappen bedingt keine secundäre Degeneration in dem geschilderten Faserzuge. Umschriebenen Zerstörungen im vorderen Theil des Sehhügels und der inneren Kapsel folgt ein theilweise völliges Verschwinden dieser Faserung; trotz des stellenweise totalen Verlustes des Faserzuges findet sich eine secundäre Degeneration im tapetum. Dass der Faserzug in diesem Gehirn in einer Strecke seines Verlaufs vollkommen verschwindet, in anderen Strecken erhalten bleibt, beweist, dass derselbe kein einheitliches Bündel „langer“ Fasern darstellt, sondern nur eine allgemeine Verlaufsrichtung gleichartiger Fasern markirt.

In früheren Arbeiten hat der Vortragende nachgewiesen, dass nach Zerstörung des tapetums der einen Seite die secundäre Degeneration durch das Splenium des Balkens hindurch in die andere Hemisphäre hineingeht und hier jederzeit sowohl die Tapetenfaserung des Schläfenlappens, als die absteigende Forcepsschicht an der lateralen Seite des Hinterhorns im Hinterhauptlappen beeinträchtigt.

Dass lange Associationsfasern zwischen Hinterhauptslappen und Stirnlappen verlaufen, soll nicht bestritten werden, aber ein zusammenhängender macroscopisch wahrnehmbarer Zug solcher Fasern ist beim erwachsenen Menschen am normalen oder am pathologisch veränderten Gehirn bisher noch nicht nachgewiesen worden.

Litteratur.

Wernicke: Lehrbuch der Gehirnkrankheiten. Theil I.

Déjérine: Anatomie des centres nerveux. Paris 1895.

H. Sachs: Vorträge über Bau und Thätigkeit des Grosshirns. Breslau 1865.

Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik in Breslau. Heft II, 1895.

IV.

Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

(Berlin.)

Sitzung vom 9. December 1895.

21. Vor der Tagesordnung stellt Gumpertz einen Fall von paralytischer Chorea (Ch. molle) bei einem 8jährigen Mädchen vor. Diese Krankheit hat sie nach Gelenkrheumatismus im 4. Jahre bekommen; dieselbe ist nach kurzem Ansteigen innerhalb 3 Monaten allmählich zurückgegangen und mit Ausnahme des vorigen Jahrs jedes Jahr recidivirt. Das Kind führt brüske ungewollte Bewegungen aus, die Fähigkeit zu coordiniren ist dagegen sehr beschränkt. Während die Augenbewegungen nicht behindert sind, fällt das Sitzen, das Zeigen der Zunge, das Sprechen schwer, Die Beine kann es nicht hochheben, beim Aufheben des Kindes fällt der Kopf herab, die Arme hängen schlaff herunter. Patellarreflexe erloschen, Sensibilität normal. Sensorium frei. Es besteht Vergrösserung des rechten Ventrikels, präsyst. Geräusch an der Herzspitze und Verstärkung des 2. Aortentons. Von dieser schon öfter beschriebenen Affection sind verschiedene Formen aufgestellt worden, auf die G. näher eingeht. In einem Falle sei der Gebrauch von Eserin für den Eintritt der Lähmung verantwortlich gemacht. Die Chorée molle setzt im früheren Alter wie die gewöhnliche ein, welche erst das schulpflichtige betrifft.

22. Rosin: Ueber wahre Heterotopie im Rückenmark. (Mit Präparaten.)

Während im Gehirn die Heterotopie längst bekannt ist, wurde sie für das Rückenmark erst 1878 von Pick beschrieben. Seitdem ist die Zahl der Arbeiten über dieses Thema bis über 30 angestiegen. Die Autoren haben darauf aufmerksam gemacht, dass sie meist in Verbindung mit Erkrankungen des Rückenmarks vorkommt. 1892 hat nun van Gieson in einer vortrefflichen Arbeit, welche zur Demonstrirung der Abbildungen herumgegeben wird, gezeigt, dass es sich wohl meist um Kunstproducte gehandelt habe und hat nur im Ganzen 8 von der grossen Zahl der veröffentlichten Fälle zurecht bestehen lassen. Der Vortragende, welcher zum Vergleich Präparate von einer falschen Heterotopie bei acuter Myelitis aufgestellt hat, beschreibt einen Fall von wahrer Heterotopie im Dorsalmark, welche er in der Höhe des 2. und 3. Dorsalnerven in einer 1 mm grossen Partie fand. An der Grenze der Vorder- und Seitenstränge; da, wo die vorderen Wurzeln heraustreten, zieht beiderseits ein Fortsatz in das Innere, welcher aus Gliasubstanz besteht und in welchen 2—4 grosse Ganglienzellen eingelagert sind. Die vorderen Wurzelfasern gehen zu beiden Seiten desselben heraus, ein grosser Theil verläuft jedoch durch ihn hindurch. Eine deutliche Verbindung derselben mit den Ganglienzellen hat Rosin nicht gesehen. Die Zellen sind meist rund, nicht reich an Fortsätzen. Das Vorkommen in der weissen Substanz ist schon öfter beobachtet worden, häufig wurden versprengte in derselben bemerkt. namentlich im Lendenmark in

der Umgebung der Hinterhörner. Freud hat beim Petromyzon gezeigt, dass sich in der vorderen Wurzel, dort, wo sie sich in den dorsalen und ventralen Ast theilt, regelmässig Ganglienzellen vorfänden. Es unterscheide sich sein Befund wesentlich von dem Hoche's. Bei demselben kommen die Ganglienzellen nicht mit breiter Gliaumgebung vor, sondern ganz isolirt, und senden einen Axencylinder aus, welcher sich den vorderen Wurzeln zugesellt. Er habe die Axencylinder nicht verfolgen können. Hier liege ein Stück grauer Substanz, es handle sich daher um eine wahre Heterotopie der grauen Substanz. Insofern sei es zwar ein Unicum, vielleicht findet es sich indess häufiger. Die bisherigen Färbemethoden ermöglichen wohl nicht die genügende Unterscheidung von der Umgebung. Seine Präparate sind mit Triacidlösung gefärbt. Wie die Ganglienzellen dort hingekommen sind, könne er sich nur in ähnlicher Weise wie Hoche erklären. Es sei möglich, dass während der Entwicklung die weisse Substanz dort, wo die Wurzeln aus der grauen Substanz heraustreten, eine kleine Partie von Ganglienzellen herausgedrängt hat. Auffällig sei, dass die Zellen so gross geblieben sind, es sei daher möglich, dass sie auch eine Function ausgeübt haben.

21. Oppenheim: Zur Lehre von der multiplen Sclerose. (Mit Präparaten.)

Während von anderer Seite, besonders von Marie, auf die Bedeutung der acuten Infectionskrankheiten für die Aetiologie der Sclerose hingewiesen sei, habe er die wichtige Rolle, welche die Intoxicationen mit metallischen und chemischen Substanzen in der Aetiologie der Sclerose spielen, hervorgehoben. Mit Ausnahme einer Dissertation von Lend, wo in 10% der Fälle Gelegenheit zur Intoxication mit Blei gegeben war, habe dieser Punkt bisher, auch in der Wanderversammlung Wiener Psychiater, wenig Berücksichtigung gefunden. Man würde diesem Umstand mehr Beachtung schenken, wenn man nicht nur den derzeitigen Beruf zu erfahren suchte, sondern auch nach dem Beruf in früherer Zeit forschen würde. Die etappenweise Entwicklung der Krankheit erkläre die vermeintliche Seltenheit ihres Vorkommens in der Kindheit. Es stehe daher nicht zu erwarten, dass wir über Sectionen im Kindesalter verfügen, nicht einmal, dass der ausgebildete Symptomencomplex in der Kindheit vorliege, wohl aber beginne sie in derselben. Er verfüge über 3 Fälle mit Obductionsbefund, in welchen der Anfang der Erkrankung sicher bis ins 13.—15. Lebensjahr zurückdatirt. Sehr oft höre man, das Leiden habe vor 2, 3 Jahren begonnen, bei weiteren Fragen erfahre man aber, dass z. B. eine Sehstörung vor 10 Jahren im Anschluss an eine Infectionskrankheit eingesetzt habe. Von 6 Fällen, die er in seinem Cursus vorgestellt habe, sei in 5 eine Intoxication mit metallischen Giften vorausgegangen oder Gelegenheit dazu gewesen. Unter 36 Fällen der letzten 4 Jahre habe er 28 auf ihr Vorleben examinirt; davon hatten 11 vor ihrer Erkrankung lange Zeit mit Giften zu thun, meist mit Blei, gelegentlich Kupfer, Anilin, Grünspan, Phosphor, Kohlenoxyd.

Ferner berichtet O. über einen Fall, welcher zeigt, dass ein der diss. Sclerose sehr verwandtes Bild auch einmal durch einen diffusen Process im Rückenmark und im Hirnstamm erzeugt werden kann. Ein Maler erkrankte

1889 mit spastischer Paraplegie, 2 Jahre später an Schwäche und Steifigkeit der Arme. Es stellte sich Blasenschwäche, Intentionszittern bei Bewegungen des rechten Arms, scandirende Sprache, mässige Demenz ein. Schliesslich Gaumensegelparese. Im unteren Hals- und oberen Brustmark war das Bild einer combinirten Erkrankung der Pyramidenseitenstränge, der Kleinhirnstränge und der Goll'schen Stränge durch die Vereinigung einer aufsteigenden Degeneration in den sensiblen Bahnen und einer aus dem Hirn absteigenden Degeneration an den P.-S.-Bahnen, welche sich dort begegneten, vorgetäuscht worden. Im unteren Dorsalmark ging ein diffuser Process von den Gefässen, sich an die Septen anschliessend, aus; ausserdem lag eine Erkrankung der Gefässe in der Nähe der Clarke'schen Säulen vor. Dazu kam ein Erweichungs- und Entzündungsherd in der Brücke. Die Frage sei: „Ist dieser ganze Process auf Bleiintoxication zurückzuführen?" Pat. stellt eine specifische Intoxication in Abrede. Die Veränderungen in der Basilaris haben eine solche Aehnlichkeit mit denen bei Syphilis, dass er den Verdacht habe, eine specifische Aetiologie sei auch noch im Spiele.

In Bezug auf einige klinische Verlaufsarten bespricht Vortr. zunächst einen Fall, bei dem sich das Zittern, die spast. Rigidität auf die linke Körperhälfte beschränkte. Im späteren Stadium trat erst leichte Parese des rechten Beines dazu. (Forme fruste hémiplégique der multiplen Sclerose). Er war dadurch ausgezeichnet, dass sich sehr frühzeitig eine Geistesschwäche ausbildete. Während sich im Rückenmark nur wenig zerstreute sclerotische Herde fanden, stellte sich eine seltene Affection des Grosshirns heraus, eine continuirliche Erkrankung der lateralen Ausstrahlungen des Balkensystems namentlich rechts, welche von besonderem Interesse sei, da sie dem tiefen Verfall der Intelligenz entspreche. Es sei namentlich bei Tumoren darauf hingewiesen worden, jedoch sei Vorsicht bei der klinischen Verwerthung geboten. In einem anderen Falle setzte das Leiden im 14. Jahre mit einer Sehstörung ein, welche das einzige Hirnsymptom während 20 Jahren darstellte und das ganze Krankheitsbild beschränkte sich auf das einer Myelitis transversa. So sehr sei bei der multiplen Sclerose die Neigung zu Rückbildung vorhanden, dass sie geradezu als eine progressive Krankheit mit regressiven Erscheinungen anzusehen sei. Während er gewohnt war, in Fällen primärer spastischer Spinalparalyse die Diagnose Sclerose zu stellen und meist Recht hatte, wurde er durch den Einfluss der Abhandlung von Schüle zurückhaltender, namentlich da Erb festgestellt haben wollte, dass dieser Symptomencomplex sich über einen Zeitraum von 17 Jahren erstreckt hatte, ohne dass etwas Neues hinzukam. Jetzt wisse er, dass dasselbe bei der multiplen Sclerose vorkomme. Zum Schluss verwirf O. die Bezeichnung Intentionstremor, da das Zittern keineswegs allein durch int. Bewegungen ausgelöst würde, sondern auch häufig Affect-, Reflex-, automatische und Mitbewegungen davon begleitet würden. Oculopupilläre Symptome seien häufig. Romberg finde sich öfter, als in der Litteratur angegeben wäre. Apoplectische und epileptische Anfälle seien selten. Weit öfter entspreche das Bild einer acuten Myelitis und Encephalitis. Attaquen können auch im Verlauf eintreten. In 2 Fällen machten die Patienten die Angabe, dass

die Erkrankung mit einer Sehstörung begonnen habe, welche sich an eine acute Entzündung angeschlossen habe. Es mache den Eindruck, als ob es sich um einen Infectionsträger handelte, der schliesslich auf das gesammte Centralnervensystem übergriffe. Auch auf psychischem Gebiet kämen Störungen vor, Zustände von passagerer Verwirrtheit und Demenz, welche nach tage-, wochen-, monatelangem Anhalten ganz oder theilweise zurückgehen, ferner nervöse Taubheit oder Schwerhörigkeit, die verschwinden, um nach einiger Zeit wieder recidiviren zu können.

Discussion. Flatau fragt, ob im unteren Dorsalmark auch in der übrigen grauen Substanz Veränderungen bei Fall I bemerkt wären, da die Vermuthung bestehe, dass in den Clarke'schen Säulen trophische Centren vorhanden seien.

Hitzig macht darauf aufmerksam, dass Ribbert seiner Zeit schon die Vermuthung ausgesprochen habe, dass es sich um eine Infectionskrankheit handle.

Goldscheider ist der Ansicht, dass die Auffassung, die Sclerose beruhe auf einer Intoxication, doch mehr acceptirt werde, als O. es dargestellt hätte. Leyden und er pflegten sie seit mehreren Jahren im Colleg vorzutragen. Sie hätten die Krankheit bei Bronce, Metall und besonders Bleiarbeiter gesehen. Es hätte sehr viel Schwierigkeiten in der Theorie der Intoxication gemacht, dass Attaquen bei Leuten auftreten, die ihrer Beschäftigung nicht mehr nachgehen.

Jolly ist derselben Meinung wie Goldscheider. Die Theorie der infectiösen Natur sei jetzt allgemein acceptirt. In vielen Fällen sei aber gar nichts der Art nachweisbar. Umgekehrt gäbe es Fälle, in denen man schon der nachgewiesenen Infection froh ist und wo es sich bei gründlicherem Fragen herausstellt, dass die Erkrankung in eine Zeit zurückreicht, wo noch keine Infection da war. Dann frage er, ob O. einen anderen Namen für hen Intentionstremor habe; wenn er auch nicht auf Alles passe, drücke er das Hauptsächlichste prägnant aus.

Oppenheim erwidert H. Flatau, dass er allerdings in der grauen Substanz dieselben Veränderungen gefunden habe. Die Arbeit von Ribbert sei ihm sehr bekannt, indessen wären die Befunde auch wieder angezweifelt worden. Es freue ihn zu hören, dass die toxische Theorie von Leyden und Goldscheider acceptirt sei; er glaube, dass irgend welche neue Schädlichkeit genüge, um einen neuen Anfall hervorzurufen, wie Ueberanstrengung, Erkältung, Puerperium, Trauma. Für das Zittern habe er leider keine bessere Bezeichnung, der Name umfasse nur nicht alles.

22. Brasch: Zur Pathologie der syphilitischen Früherkrankung des Centralnervensystems. (Mit Präparaten.)

Vortragender berichtet über einen Fall von zeitig nach der Infection entstandener Hirnerkrankung bei einem 47jährigen Vergolder, der mit Blei viel zu thun hatte. Vater geisteskrank, Mutter phtisisch. Während einer im floriden Stadium der Syphilis vorgenommenen Schmierkur tritt plötzlich rechtsseitige Facialislähmung ein. Bei electrischer Behandlung in seiner Poliklinik zeigte es sich, dass die schwere Form (E. A. R.) mit peripherischem Character vorlag. Bleisaum war sichtbar. Pat. klagte über Kopfschmerz und Schwindel. Vorübergehend wurde Zucker im Harn

gefunden und ein paar Mal das Westphal'sche Zeichen. Es stellten sich Gehörsstörungen ein, die als Labyrinthaffection gedeutet wurden. Durch Schmierkuren und Jodkali wurden vorübergehende Besserungen erzielt. Eines Tages erwachte Pat. mit linksseitiger Hemiplegie. Nach wechselndem Verlauf, während dessen er sich in verschiedenen Krankenhäusern aufhielt, verschlechterte sich sein Zustand immer mehr und er ging ca. 1 Jahr nach der Infection an Bulbärerscheinungen zu Grunde. Bei der Section fand sich wider Erwarten keine Meningitis, sondern die rein vasculäre Form der cerebralen Lues. Die rechte Ponshälfte war < links. (Photogramm vom Hirnstamm und Zeichnung werden herumgegeben.) Der Kranke hatte einen Ponsherd, wovon eine absteigende Degeneration in der einen Pyramidenbahn ausgegangen war. Die absteigende Wurzel des Facialis zeigte grobe interstitielle Züge und es fand sich eine Anhäufung von Spinnenzellen. Nach dem Austritt aus dem Gehirn sind an dem Nerven schwere Veränderungen sichtbar. Sonnenbildchen sind ganz verschwunden, dafür Verdickungen der Interstitien und Scheide, und Kernvermehrung. Der Acusticus, dessen Randfasern erhalten sind, enthält dicke Bindegewebszüge, die sich zwischen die Bündel erstrecken. Für den letzteren nimmt B. die syphilitische Natur der Veränderungen an, für den N. VII komme noch die rheumatische in Frage. Von Besonderheit sei der zeitige Eintritt der Erkrankung des Centralnervensystems nach der Infection. Die Syphilidologen verwiesen eine solche zu Unrecht in die Tertiärperiode. Eine Trennung zwischen secundärer und tertiärer Periode sei deplacirt, da wir pathologisch-anatomisch die eine in die andere übergehen sehen. In Betreff der therapeutischen Indicationen käme auch eine solche Unterscheidung nicht in Betracht, da man immer mit Hg vorzugehen gewohnt sei. Schlüsse: 1. Wahrscheinlich sei für solche Fälle hereditäre Belastung, hier auch Bleiintoxication von Bedeutung. 2. Erkrankungen des Centralnervensystems können in jedem Stadium nach einer syphilitischen Infection auftreten, wahrscheinlich um so früher, je schlechter diese behandelt ist. 3. Unterschiede zwischen Früh- und Späterkrankungen giebt es nicht. 4. Diejenigen, welche in der Frühperiode entstehen, zeigen einen rapideren Verlauf, während die anderen einen langsameren Character haben.

Discussion. Oppenheim: Die Bekämpfung der Scheidung in die verschiedenen Perioden sei keineswegs eine so neue. Er führt die Litteratur an und betont, dass Acusticuserkrankungen auf meningitischen und periostitischen Processen an der Schädelbasis oder im Verlauf des Canalis Fallopii beruhten. In einer Arbeit von Naunyn sei an der Hand eines grossen Materials nachgewiesen, dass die grosse Mehrzahl der cerebralen Luesfälle in die ersten 2 Jahre nach der Infection falle.

Rosin: Baumgarten habe gezeigt, dass schon im ersten Stadium jene Heubner'sche Intimaverdickung vorkommen kann. Damit hänge möglicher Weise das frühzeitige Auftreten der cerebralen Lues zusammen. Die Hgkur fruchte nichts, da sie die Intimaverdickung nicht mehr fortbringen könne.

Heller weist es zurück, dass die Syphilidologen jetzt noch auf dem Standpunkt der tertiären und secundären Syphilis ständen. Die frühzeitigen Nervenerkrankungen bei Syphilis wären ihnen wohl bekannt, und solche

Fälle von Lewin wiederholt vorgestellt, unter anderem einen Menière'schen Symptomencomplex, bei dem die syphilitische Erkrankung nur wenige Monate zurücklag.

Mendel: An der radialis, an der in Folge syphilitischer Erkrankung der Puls verschwunden war, sei Wiederkehr desselben nach der Schmierkur beobachtet worden. Was an peripherischen Gefässen möglich sei, wäre auch für diejenigen des Gehirns denkbar.

Oppenheim weist auf eine alte Erfahrung hin, welcher eine specifische Erkrankung der Arteria temporalis unter dem Einfluss von Hg hat schwinden sehen.

Rosin bemerkt, dass er sich nicht auf eigene, sondern auf Baumgartens Beobachtungen gestützt habe.

Brasch erwidert Oppenheim, er habe nicht behauptet, dass bei den Neurologen die alten Anschauungen weiter bestünden, er habe sich nur gegen das Wort tertiär der Syphilidologen gewandt; in seinem Lehrbuch spreche O. von dem Auftreten der Gehirnerkrankung in der tertiären Periode, später sage er meist nach 2 Jahren. Eine Therapie kann an den Arterien nur Infiltrate fortschaffen, dagegen nichts bewirken, sobald aus den Rundzellen ein fibröses Gewebe entstanden ist. Der von H. Heller betonte neuere Standpunkt der Syphilidologen sei noch nicht in die Meinungen aller übergegangen.

Max Edel (Dalldorf).

V.

Sitzungsbericht des psychiatrischen Vereins zu Berlin.

14. Dec. 1895.

Vorsitzender: Zinn.

Der Vorsitzende verliest ein Schreiben, in welchem die Mittheilung gemacht wird, dass von einem Querulanten ein Anstaltsarzt in Lengerich mit dem Messer gestochen und ein Kranker geschlagen worden sei. Zinn fügt dem aufregenden Fall hinzu, diese ungewöhnliche Häufung von Unglücksfällen, von Todtschlägen des Pflegepersonals, Attentaten gegen Aerzte, Morden von Kranken durch andere Kranke sei der durch die Presse und die jüngsten Vorgänge verursachten Aufregung der nicht in Unkenntniss gebliebenen Kranken zuzuschreiben. Die Kranken seien entschieden schwieriger zu behandeln und die Gefahr für Wartpersonal und Aerzte sei gestiegen. Es sei zu bedauern, dass alles vom Publikum als baare Münze aufgenommen werde. Wer es wohl mit einem Kranken meine, müsse den vorschriftsmässigen Weg zu seiner Entlassung beschreiten. Wir müssen entschieden verlangen, dass jeder Fall von angeblich Gesunden, die in Anstalten zurückgehalten seien, genau untersucht und das Resultat veröffentlicht werde. Leider ruhten heute noch manche Actenstücke im Schranke, die ganz bezeichnend für das ganze Vorgehen in dem Process Feldmann seien. Der Verein drückt Dr. Schäfer, dem Opfer des Attentats, seine Theilnahme aus.

23. Kortum: Vorstellung eines Falles von rechtsseitigem Gesichtsmuskelschwund bei Facialislähmung. Bei einem

33jährigen Mann, der seit 12 Jahren an Schwindelzuständen und Verwirrtheit leidet, dessen Vater Potator. Bruder Epileptiker ist, Schwester oft Migräne hat, bemerkte die Mutter gegen Ende des 2. Jahres im Anschluss an eine heftige Rachitis eine rechtsseitige Facialislähmung. Wangenpartie eingesunken, rechte Lidspalte > l., rechtes Auge kann nicht geschlossen, Stirn nicht gerunzelt werden. Nasolabialfalte verstrichen, Mund nach links gezogen. Dagegen kann er sehr wohl den Mund spitzen und laut pfeifen, die rechtsseitige Lippen- und Kinnpartie ist gut entwickelt. Geschmack fehlt in den vorderen $^2/_3$ der Zunge. Bei Blick nach aussen links leichte nystagmusartige Bewegungen. Linksseitiger Mittelohrcatarrh. Entsprechend dem Muskelschwund stellte sich vollständige electrische Erregbarkeit vom Nerven aus heraus, ebenso war die directe Muskelerregbarkeit aufgehoben, ausgenommen in Mm. orbicular., levat., quadr, und triang., wo Zuckung erst bei höheren Reizen als links auftritt. Das Intactbleiben des Mundschliessers bei fast völligem Muskelschwund des übrigen Facialisgebietes sei nur 2 mal in der Litteratur beschrieben worden, in einem Fall von Schultze (1892) und von Bernhard (1894). Im ersten (4jähriges Mädchen) trat die Lähmung bald nach der Geburt auf, der linke Orbicularis war erhalten und reagirte auf den faradischen Strom, im zweiten (24jähriger Mensch) 14 Tage nach der Geburt, der Orbicularis und einige Lippenmuskeln waren erhalten. Diese reagirten im Gegensatz zum vorliegenden Fall auch indirect vom gelähmten Nerven aus. Schultze glaubte eine nucleäre Lähmung annehmen zu müssen, ebenso wie Bernhard. Kortum hält die vorgestellte Lähmung für eine peripherische, da ihm die Annahme einer nucleären wegen des Fehlens einer Affection des Centralnervensystems, namentlich einer Kinderlähmung zur Zeit des Einsetzens der Affection etwas gewagt erscheint. Den Sitz verlegt er zwischen Abgang des m. stapedius und der chorda timpani. In Fällen, wo die indirecte Erregbarkeit der Muskeln nicht erhalten ist, müsse für das Erhaltensein der Mundschliesser eine Regeneration vom gesunden Nerven aus gedacht werden oder an das Vorhandensein von Anastomosen zwischen den beiden N. faciales. Fehle die indirecte Erregbarkeit, so würde dies für eine peripherische Lähmung sprechen, wo nicht, für eine nucleäre.

24. Anweisung über die Aufnahme in Privatanstalten. Referent Jastrowitz.

Wie viel von den Beschuldigungen gegen die Privatanstalten gerecht sind, lässt sich momentan schwer entscheiden. Unter anderem mache man den Vorwurf, dass Kranke, die draussen existiren könnten, als gemeingefährlich eingeschlossen würden, ohne dass man das Urtheil, ob gemeingefährlich oder nicht, den Aerzten überlasse. Das Bedürfniss nach Privatanstalten wachse mit der Zahl der Irren, mit der Erkenntniss der grösseren Aussicht auf Heilbarkeit bei früherer Behandlung. Die Unternehmer von Privatanstalten waren früher nicht immer geeignet, manchmal Aerzte ohne jede Erfahrung, oft Nichtärzte. Die von den Laienbesitzern engagirten Aerzte waren von ihnen durchaus abhängig und hatten keinen Einfluss auf die Verpflegung und Behandlung der Kranken, Die neuen Verordnungen müssten als ein wichtiger Fortschritt mit lebhafter Billigung begrüsst werden, indessen hätte er in einigen Punkten eine Aenderung gewünscht.

Zunächst; dass von der Leitung des dirigirenden Arztes auch die Assistenzärzte nicht ausgenommen wären. Dann frage es sich, wie lange die Thätigkeit an einer öffentlichen Anstalt oder Universitätsklinik gedacht sei, 2 oder 3 Jahre. Wie gross soll die öffentliche Irrenanstalt sein, für 200 oder für 500 Kranke? An 50 Kranken könne man bei regem Wechsel und acuten Fällen mehr lernen, als bei 200 chronischen. Ein Volontärarzt, der als Mensch den Kranken nicht so nahe trete, könne doch kaum mit einem Assistenzarzt auf gleiche Stufe gestellt werden. Warum sind die Privatanstalten völlig übergangen? Das halte er für unrecht. Er sähe nicht ein, warum Aerzte, die 3, 6 Jahre in solchen gewesen sind, nicht im Stande seien, dieselben selbstständig zu leiten. Auf das Schlimmste werden die Privatanstalten geschädigt, weil sie nun keine tüchtigen Assistenten mehr bekommen werden und das könne doch unmöglich im Interesse der Allgemeinheit liegen. Er hätte weiter gern gesehen, wenn das Verlangen der Diagnose, auch nicht im weitesten Sinne, bei den Aufnahmezeugnissen nicht gestellt wäre, wenn ebenso die Erklärung über die Heilbarkeit eines Kranken bei der Ueberführung von einer Anstalt zur andern fortgeblieben wäre. Es wäre gut gewesen, einige nähere Bestimmungen über die Entlassungen und Beurlaubungen zuzufügen, z. B. dass der Kranke nicht entlassen zu werden brauchte (bei Differenzen zwischen Physikus und Leiter der Anstalt), wenn er bleiben will, dass Unmündige nicht gegen den Willen der Vormünder entlassen würden, dass endlich eine Art Appellationsinstanz geschaffen würde, Alles in Hinsicht auf die Gefahren einer zu frühen Entlassung. Der Zeitraum von 14 Tagen für die Beurlaubungen sei recht kurz bemessen zur Beurtheilung, ob der Zustand des Kranken sich schon für eine freie Behandlung eigne. Den Bestimmungen über die Controlle könne nur zugestimmt werden. Durch eine ordentliche Controlle werde die beste Deckung gegen die oft unwahren Beschuldigungen gegeben, wenn die Behörden den, der sich vergangen hat, streng straften, andrerseits aber auch den Schutz der Angegriffenen übernehmen würden durch Veröffentlichung aller Fälle von grundlos Eingeschlossenen.

Correferent Gock: Er habe ebenfalls alle Ursache, seine Zustimmung zu der Verordnung auszusprechen. Die Bedenken seien nicht schwerwiegend, und er zweifle nicht, dass sie mit der Zeit zum Schwinden gebracht werden. Er hätte nichts einzuwenden gehabt, wenn besondere Formulare für die Aufnahme angeordnet wären. Er halte es für einen Vorzug der Verordnung, dass sie sich nicht zu viel in Einzelheiten einlasse. Schwierig sei die Bezeichnung der Krankheitsformen, es empfehle sich die vom Verein der deutschen Irrenärzte aufgestellte. Das Verlangen, die Heilbarkeit anzugeben, habe einen bestimmten Zweck für Ausschliessung der betreffenden Kranken von Anstalten, die nur für Unheilbare seien. Für Beurlaubungen ohne Absicht der Herausnahme seien 2 Wochen ausreichend, andernfalls nicht. Die Forderungen der Vorbildung für die leitenden Anstaltsärzte erscheine als zu unbestimmt nicht geeignet. Wenn man verlange, dass diese die genügende Ausbildung besitzen, müsse man auch verlangen, dass wenigstens ein Mitglied der Besuchscommission in gleicher Weise befähigt sei, dass derselben also ein erfahrener Irrenarzt angehöre. Der § 31 sei für die bestehenden Anstalten eine gewisse Härte, zum mindesten würde

sei eine schonende Ausführung dieser Bestimmungen dringend zu empfehlen. Ferner drücke er den Wunsch aus, dass die Thätigkeit an einer Privatanstalt der an einer öffentlichen gleichgeachtet werde. In Uebereinstimmung mit dem Referenten lege er dem Verein folgende Resolution zur Abstimmung vor: „Der psychiatrische Verein zu Berlin begrüsst die Ministerial-Verordnung als eine zweckmässige und in ihren Folgen für die Irrenpflege wohlthätige Massregel."

Discussion. Leppmann: Die Verordnung gilt für jede Privatirrenanstalt im Sinne des § 30 der Gewerbeordnung. Darin steht keine Definition derselben. Er habe von einem erfahrenen Juristen gehört, dass die Verordnung nicht bloss bezogen zu werden braucht auf geschlossene, sondern auf jede Krankenanstalt, Sanatorium, nicht geschlossene Anstalt, sofern sie notorische Geisteskranke enthalten, angewandt werden könne. Wir wissen, dass der Staat bisher eine Controlle über die sogenannten offenen Anstalten abgelehnt hat. Es wäre bei der Gefahr, die solche Geisteskranke in nicht geschlossenen Anstalten darbieten, und bei der Möglichkeit, dass dieselben Unzulänglichkeiten in diesen wie in den geschlossenen vorkommen, empfehlenswerth, wenn von dem Verein ein Wunsch geäussert würde, dass diese Dinge auch einmal gesetztlich geregelt würden. Eine Lücke der Verordnung zeige sich ferner darin, dass von ihr ein Theil der Privatanstalten (für schwachsinnige Kinder) nicht mit betroffen, vielmehr von der Unterrichtsabtheilung der Regierung concessionirt und beaufsichtigt würden. In unmittelbarer Nähe der Hauptstadt befänden sich solche Unterrichtsanstalten, in denen Imbecille, Idioten, Epileptiker gehalten würden, ohne ärztliche Leitung. Was die Vorbildung der Psychiater anlangt, hätte er gewünscht, es wäre mit grösserer Schärfe betont worden, dass die Bedingung der mehrjährigen Thätigkeit in einer öffentlichen Anstalt oder Universitätsklinik nach unserer innersten Ueherzeugung nichts anderes darstellt, als eine Concession an ein Vorurtheil des Publikums. Das wissen wir, dass eine Reihe von Aerzten die Zierde unserer Wissenschaft seien, welche ihr Wissen nur in Privatanstalten gelernt haben. Unwesentlich sei, dass die Diagnose dem Aufnahmeattest beizufügen wäre, es handle sich wahrscheinlich nur um allgemeine diagnostische Abgrenzungen. Aufnahmeformulare halte er für ganz verkehrt. Die bestehenden Fragebogen zeigen eine grosse Reihe von Unzulänglichkeiten.

Richter: Privatanstalten seien zweifellos nöthig, da von Staatswegen für solche Kranke, deren Vermögen ein Gewisses überschreite, nichts geschehe. Für die Ausbildung des Leiters sei die Zeit wenig ausschlaggebend. Mancher lernt in $^1/_2$ Jahre mehr als ein anderer in 2 Jahren. Es müsste eine Art Qualification von einer höheren Medicinalbehörde ertheilt werden.

Fränkel: Bei Privatanstalten werde die Aufnahme meist mit Hilfe der Angehörigen bewirkt. Wie weit sei der Begriff „Angehörige" auszudehnen, komme das Recht, die Aufnahme zu veranlassen, jedem einzelnen Verwandten zu? Es sei wünschenswerth, dass das ärztliche Attest auch bei Aufnahmen von Ausländern mitgebracht werde, was thatsächlich oft versäumt werde. Die Behörden müssten besser instruirt werden, da sie oft lässig sind in der Mittheilung von erfolgten Entmündigungen etc. Die

Verfügung über Lesen und Absenden von Briefen müsse dem Anstaltsleiter überlassen bleiben, schon im Interesse der Angehörigen, die wir vor häufigen Invectiven schützen müssten.

Zenker: Die Anstaltsärzte können verlangen, dass auch der Physikus mehr von der Psychiatrie verstehe, ihnen wenigstens gleichwerthig sei. Da die Kosten der Aufnahmeformalitäten oft beträchtliche seien, wodurch bisweilen Kranke, die sonst in Privatanstalten noch gehen resp. gebracht würden, davon zurü kgehalten werden, so habe er bei der Kgl. Regierung beantragt, dass die Aufnahmeatteste der Physici auf Staatskosten bestritten würden, obwohl er wisse, dass er damit keinen Erfolg haben werde. Er schlage schliesslich die Bildung eines Rechtsschutzvereins vor, welcher gegen die von allen Seiten sich mehrenden Angriffe der Presse Stellung nehmen müsste.

Moeli: Es sei ihm versagt, manche Bedenken zu beseitigen, weil er jetzt noch nicht befugt sei, Mittheilungen zu machen. Es habe ihn gefreut, dass die Massregel eine wohlwollende Aufnahme gefunden habe. Jedenfalls hänge die Leistungsfähigkeit einer Anstalt von der Güte der Aerzte ab. Für den Punkt der Heilbarkeit liegen rein äusserliche Gründe vor. Die Anweisung sei schon recht lang und Sachen, die nicht absolut präcise ausgesprochen werden können, eigneten sich nicht recht für eine solche Verordnung Es muss abgewartet werden, wie sie wirkt und was die Zukunft in Bezug auf Besuchscommission, Briefverkehr, Vorbildung der Kreisphysici bringt. Mit Leppmann halte er die Fragebogen für nutzlos.

Zinn ist der Ansicht Fränkel's, dass die Ortsbehörden angewiesen werden müssten, die Bestimmungen etwas sorgfältiger und rascher zu vollziehen. Er halte dafür, dass die Aussprache von dieser Stelle vielleicht ein Weg zu den höchsten Beschwerdeinstanzen sei. Erst dann, wenn wir auch, wie in Schottland, die Aufsicht über die Irren haben werden, die sich nicht in Anstalten befinden, wird ein weiteres Verständniss im Publikum angebahnt werden können. Der Gegenstand der Zurückhaltung Geisteskranker in Sanatorien, hänge nur lose mit dem heutigen Thema zusammen. Er freue sich, zu entnehmen, dass die Meinung des Vereins die ist, dass ein entschiedener Schritt zur Besserung unseres öffentlichen Irrenwesens geschehen ist.

Schlusswort: Jastrowitz: Die Leitung der Privatirrenanstalten in Bayern werde von einer mehrjährigen Thätigkeit an einer öffentlichen oder grösseren Privatanstalt abhängig gemacht.

Es wird über die Resolution abgestimmt und dieselbe einstimmig angenommeh. Max Edel (Dalldorf).

III. Bibliographie.

I) **Carl Weigert**: Beiträge zur Kenntniss der normalen menschlichen Neuroglia. Aus den Abhandlungen der Senckenbergischen naturforschenden Gesellschaft, S. 63—209.

(Frankfurt a./M. 1895. Mit 13 Tafeln.)

„Dieses Buch ist eins von denen, aus welchem mehr als 100 andere hervorgehen werden“! So können wir zweifellos unter geringer Variation

eines Schopenhauer'schen Wortes von dem Werke des Frankfurter Pathologen prophezeien, der vor 11 Jahren die wissenschaftliche Welt mit der Markscheidenfärbung beschenkte und damit die Möglichkeit zu einer unabsehbaren Fülle werthvoller Erkenntnisse in der Anatomie, Entwicklungsgeschichte, Pathologie, Physiologie des Nervensystems eröffnete; er hat mit der Herstellung einer elektiven Neurogliafärbung wieder Mit- und Nachlebenden einen neuen Weg gebahnt!

Ein Gebiet, das bisher der Tummelplatz widersprechendster und unsicherster Meinungen war, ist mit einem Schlage zuverlässiger wissenschaftlicher Erforschung erobert. Sieben volle Jahre hat Weigert rastlos an der Neurogliafärbung gearbeitet und noch genügt dem selbstkritischen die Methode nicht vollständig. Ein äusserer Anlass — die 50jährige Jubiläumsfeier des ärztlichen Vereins zu Frankfurt a. M. — hat wohl, nachdem nur 2 kürzere Mittheilungen im Jahre 1890 vorangegangen waren, zu der schliesslichen Veröffentlichung der Methode in ihrer jetzigen Gestalt und ihrer Ergebnisse für die Anatomie der normalen Neuroglia mitgewirkt.

Verf. beginnt mit einer Geschichte der Neurogliaforschung. Ihre Entdeckung misst er Virchow bei. Er geht die Reihe der Neurogliaforscher durch, von denen er Clarke, dem nicht genügend gewürdigten Fromann, Deiters und Ranvier die meisten Verdienste zuspricht, insbesondere Stricker und Unger als Vertreter gröberer Irrthümer kennzeichnet. Die Golgimethode, der W. im Uebrigen volle Gerechtigkeit widerfahren lässt, indem er sie „in wahrem Sinne epochemachend für die nervösen Elemente" nennt, ist nach ihm gänzlich ungeeignet für das Studium der Neuroglia und hat ihren Urheber, so wie Andere, zu ganz verfehlten Auffassungen verleitet. Was ein Vortheil für das Studium des Nervengewebes ist, dass sie die Elemente nicht vollständig darstellt, ist „für die Ergründung des Stützgerüstes ein fundamentaler Fehler." Die Mehrzahl der Fasern entzieht sich bei ihrer Anwendung der Kenntniss. Sie liefert nur „Silhouetten", welche die chemisch-physikalischen Unterschiede der Fasern von den Zellen verwischt und lässt so „Trugbider von Zellen mit Fortsätzen" entstehen, (die sog. Deiters'schen Zellen).

Eine brauchbare Methode zum Studium des Stützgerüstes muss aber das letztere vollständig elektiv, d. h. ohne Mitfärbung der nervösen Elemente, und deutlich färben.

Es folgt im 2.—6. Abschnitt die Histologie der Neuroglia, auf Grund der neuen Methode. Diese färbt im Centralnervensystem die Kerne aller Zellen, die Fasern des Stützgerüstes und sonst nur noch etwaige rothe Blutkörperchen blau.

Weigert beginnt mit dem Punkte, der in der Mitte seiner ganzen Arbeit steht, der Lehre von der Natur der „Deiters'schen" Zellen. Diese waren von allen Forschern ausser Ranvier als Zellen mit Fortsätzen angesehen worden Golgi hatte sich trotz Ranvier's Beweisführung nicht von seiner Auffassung abbringen lassen. Die neue Färbung thut nun überzeugend dar, dass alles, was man bisher als Deiters'sche, Neuroglia-Spinnenzellen, Astrocyten u. s. w. beschrieben hat, in Wahrheit keine Zellen mit Fortsätzen sind, sondern Complexe aus einer kernhaltigen Zelle

und angelagerten Fasern! „Die Fasern gehen nämlich vielfach bis dicht an den Kern heran oder sind von ihm nur durch einen kleinen Zwischenraum getrennt, den man durch ungefärbtes, daher unsichtbares Protoplasma sich ausgefüllt denken muss. Sie gehen dabei theils neben dem Kern vorbei nach der anderen Seite in ziemlich gerader Linie gleichmässig fort, theils biegen sie am Kern mit mehr oder weniger scharfem Bogen ab, um ebenfalls jenseits des Kernes weiter zu verlaufen.“ „Uebergänge der Fasern in dies unsichtbare Protoplasma sind nicht zu bemerken“ (S. 95). Die übrigen Neurogliafasern, die man nun nicht zu einem Kern in strahlenförmige Anlagerung treten sieht, sind mit diesen durchaus identisch. Die Strahlen sind also nicht Protoplasmafortsätze, sondern vom Protoplasma differenzirte Fasern, die sich nur anlegen. Das hatte Ranvier schon für das Rückenmark behauptet, die neue Methode beweist es für das gesammte Nervensystem. Bei den alten Methoden, insbesondere der Golgi'schen, waren Fasern und Zellleib nicht differencirt, erschienen daher als eins. Ihr verschiedenes Verhalten gegen die neue Färbung beweist aber, dass sie chemisch und morphologisch durchaus verschieden sind, ebenso wie eine Reihe gleicher Reactionen zweier Stoffe in der Chemie nicht ihre Identität, wohl aber eine verschiedene Reaction sofort ihre Verschiedenheit darthut.

Also je 2 der anscheinenden „Ausläufer“ bilden einen an der Zelle vorbeilaufenden Faden. der schon in unmittelbarer Nähe des Zellkerns vom Protoplasma differencirt ist.

Die ältere Lehre, dass die Neuroglia nur aus Zellen und deren Fortsätzen besteht, trifft nur für die Embryonalzeit des Menschen zu. Im ausgebildeten normalen Zustande besteht die Neuroglia aus Fasern und Zellen, von denen erstere sogar so colossal überwiegen, „dass man sie als den wesentlichen Bestandtheil der Neuroglia ansehen muss.“

Im Folgenden führt W. aus, dass ein Beweis der nicht nervösen Natur der früheren „Ausläufer“ seiner Neurogliafasern bisher in der normalen Histologie gar nicht geliefert war. Erst durch W.'s Methode ist die Natur der Fasern als nicht nervöser Intercellularsubstanz gesichert. Denn die Methode lässt alles Nervöse ungefärbt, erweist die Fasern als modificirte, nicht mehr protoplasmatische, vom Zellleib emancipirte Substanz, die pathologisch wie Bindesubstanz wuchert.

Im Abschnitt 4 bespricht W. das chemische Verhalten der Fasern. Mit den Fasern des umgebenden Gewebes sind sie absolut nicht identisch, ebenso wenig mit den elastischen oder gar mit Fibrin. Sie sind von allen Fasern des gewöhnlichen Bindegewebes verschieden, wie denn auch nie aus Neuroglia Bindegewebe wird oder umgekehrt, — mehr lässt sich von ihrer chemischen Natur nicht sagen.

In dem entwicklungsgeschichtlichen Abschnitt kommt W. zu dem, wie er selbst meint, paradox klingenden Ergebniss, dass die Neuroglia, obgleich morphologisch und biologisch eine Bindesubstanz, doch sicher vom Ectoderm stamme. Man müsse sich aber mit diesem Paradoxon als Thatsache abfinden. Im Uebrigen hätten das letzte Wort in dieser Angelegenheit die Embryologen zu sprechen.

Der 6. Abschnitt giebt eine genauere Histologie der Fasern, in dem eine Menge irriger Angaben berichtigt werden. Sie verlaufen mehr oder weniger gerade oder in starkgeschwungenen Biegungen; sie sind durchaus solide, in frischem Zustande ohne Variositäten ganz glatt. Wo sie körnig auftreten, ist das eine kadaveröse Erscheinung. Sie haben keine moosartigen Ansätze.

Sie zeigen nie die komischen Erweiterungen, die nach Golgipräparaten vielfach geschildert werden.

Sie haben schliesslich weder Theilungen noch Anastomosen. Ihre Dicke geht bis zu 1,5 μ. Die ganz dicken kommen nur unter patholog. Verhältnissen, z. B. bei progressiver Paralyse, vor.

Es folgt in Abschnitt 7 eine allgemeine Topographie der Neurogliafasern. Ausnahmslos gilt das Gesetz, „dass unter dem Epithel der Ventrikel und des Centralkanals stets eine dicke Schicht sehr eng verwebter Neurogliafasern liegt“, das dichteste Gliägeflecht, das normaler Weise vorkommt.

Die äusseren Oberflächen zeigen ebenfalls eine, nicht ganz so dicke und enggewebte, Verdichtung der Glia, mit der schon von Golgi erkannten Ausnahme des Kleinhirns. Wo dies eine dicke „Rindenschicht“ besitzt, liegen krankhafte Verhältnisse vor.

Diese beiden Gesetze gelten auch für die verschwundenen Oberflächen. „Wie die vom Kiel eines Schiffes gestörte Meeresoberfläche noch lange und weithin durch eine Furche den Gang des Schiffes erkennen lässt, so lassen die verschwundenen inneren und äusseren Oberflächen nach ihrer Verwachsung noch mehr oder weniger breite . . . . . . Neurogliaanhäufungen zurück.“ (S. 137.) W. nennt diese Verdichtungen, anknüpfend an das wiedergegebene Gleichniss: „Kielstreifen“.

Eine Verdichtung der Neuroglia findet sich aber häufig auch da, wo im Innern „oberflächenartige Abgrenzungen“ vorliegen, z. B. um grössere Bündel von Nervenfasern. Geringfügig und nicht regelmässig sind Verdichtungen um grosse Ganglienzellen: „Neurogliakörbe“. In den tieferen Schichten der Grosshirnrinde werden sie z. B. ganz vermisst.

Sehr mächtig könne sich die Neuroglia in der Umgebung der Gefässe einfinden. Ueberwiegend parallel zu ihnen, aber auch radiär auf sie zustrahlend, dann aber, wie schon gesagt, nie konisch endigend. Gegenüber dem Befremden, das z. B. Golgi über die innige Verbindung der Fasern mit den Gefässen geäussert hat, weist W. darauf hin, dass die Gefässstränge ja als innere Oberfläche genau den äusseren Oberflächen des Gehirns entsprechen, insofern das Gefäss etwas „genau so Fremdes, wie die Pia“ für das Gehirn darstellt.

So ziemlich jede markhaltige Faser in der weissen Substanz ist durch Neurogliafasern von der benachbarten getrennt. Dies gilt nicht durchgehends von der grauen Substanz. Die Anzahl der Neurogliafasern zwischen 2 Nervenfasern ist sehr wechselnd.

In der grauen Substanz bestehen die grössten Verschiedenheiten. Als allgemeine Regel ist der Satz, dass die graue Substanz reicher an Neuroglia sei, falsch.

Ein Uebergang zwischen Gliafasern und nervösen Gebilden lässt sich nirgends nachweisen. Eine innigere Verbindung der Neurogliafasern mit den Protoplasmafortsätzen der Ganglienzellen im Golgi'schen Sinne hat W. nirgends erkannt.

Auf die specielle Topographie der Neuroglia, welcher der 8. an 40 Seiten lange Abschnitt gewidmet ist, können wir leider hier nicht eingehen. Aber den besten Kenner der Neuroglia zu der so interessanten Frage ihrer physiologischen Bedeutung sich äussern zu hören, dürfen wir uns nicht versagen. Gerade auch für die physiologische Seite des Gegenstandes wird die neue Methode, nach des Ref. Meinung grundlegend werden, indem sie dem vielfach hier geübten Speculiren und Fabuliren ein Ende macht durch Schaffung der unerlässlichen Basis für jede physiologische Deutung: der Kenntniss des zu deutenden Objectes.

Die Neuroglia hat nach Weigert vor Allem eine raumausfüllende Aufgabe. Das beweist namentlich ihr Wuchern, wo pathologisch Nervensubstanz zu Grunde geht. Dass sie nutritive Eigenschaften habe, dafür spricht mindestens nichts, was die neue Methode ergiebt.

Dass sie Ernährungsstoffe leite, ist zurückzuweisen, da die Fasern nicht hohl sind.

Ebenso wenig ist aber die bestechende Hypothese Ramon y Cajal's haltbar, dass die Glia zur Isolirung der nervösen Leitungen diene. Dies geht aus der durch die neue Färbung erkannten Vertheilung der Neuroglia hervor. Gerade da, wo viele Contacte der nervösen Elemente erforderlich sind, z. B. in den Oliven und anderwärts, findet sich die Neuroglia oft sehr reichlich.

Sehr treffend bemerkt übrigens Weigert den spanischen Forschern gegenüber, dass man aus dem Gesichtspunkt der Isolirung das Gegentheil von ihrer Voraussetzung fordern sollte: Viel Neuroglia in den Contactbezirken, weniger in den schon durch Markscheiden isolirten weissen Strängen. Uebrigens sei die Glia im Gegensatz zu den Markscheiden keine geschlossene Masse, sondern nur ein Geflecht und als solches kaum zur Isolirung geeignet.

Die merkwürdige Vertheilung der Glia erklärt sich aber, wenn man sie als Füllmaterial ansieht. Dann ist sie eben da reichlicher, wo die Nervensubstanz grössere Zwischenräume lässt und umgekehrt.

Die Anordnung, insbesondere an den Oberflächen, macht es wahrscheinlich, dass die Raumausfüllung nicht regellos vor sich geht, sondern von statischen Gesetzen beherrscht wird, ähnlich denen, welche bei dem Aufbau mehrerer Bindesubstanzen, z. B. der Knochenbälkchen, bestehen. Kurz, Weigert weist allen verlockenden Hypothesen gegenüber auf eine rein mechanische Mission der Neuroglia hin, die ihm also die Stützsubstanz in des Wortes strenger Bedeutung bleibt.

Den Schlüssel zum Ganzen bringt Weigert zuletzt: die Methode. Es hat einen eigenen Reiz, einen Meister histologischer Färbung, wie W., sowohl über die Forderungen, die er sich selbst bei der Ausarbeitung der Methode gestellt hat, wie über die Erfahrungen und Ueberlegungen, die Ueberwindung ausserordentlicher Schwierigkeiten zu der Befriedigung

jener Forderungen geführt haben, sich aussprechen zu hören. An dieser Stelle müssen wir uns auf die Wiedergabe des endgiltigen Verfahrens beschränken, welches W. unter verschiedenen versuchten als das zweckmässigste empfiehlt.

Hervorzuheben ist, dass als eine weitere Frucht bei den Arbeiten zur Neurogliafärbung ihrem Urheber auch eine Methode erwachsen ist, die Härtung und Beizung der Theile für die Markscheidenfärbung auf den Zeitraum von 4—5 Tage abzukürzen. Indem er nämlich die Stücke in eine durch Kochen hergestellte, eventuell filtrirte Lösung von einem 5% Bichromat und 2% Chromalaun in Wasser mit 10% Formol bringt.

Das Princip der Methode ist folgendes: Der Farbstoff haftet nur dann an der Neuroglia, wenn diese eine stark reducirte Metallverbindung enthält. Letztere lässt sich der Faser aber nicht direct einverleiben. Das Metall wird ihr daher in hochoxydirtem Zustande zugeführt und dann erst reducirt. Im Einzelnen gestaltet sich die Methode folgendermassen:

1. Fixirung und Beizung. Möglichst kleine, nicht über $^1/_2$ cm dicke, frische Stücke kommen in Formol (10%) auf mindestens 4 Tage. Dann werden sie in Kupferoxydchromalaunlösung 4—5 Tage im Brütofen gebeizt. Kochen von $2^1/_2$ gr Chromalaun in 100 Wasser. Dazu 5 gr gewöhnlicher Essigsäure und 5 gr feingepulvertes essigsaures Kupferoxyd.

Besser ist es, die Fixirung und Beizung zu combiniren und die Stücke 8 Tage mit der beschriebenen Lösung, der man gleich Formol (10%) zugesetzt hat, zu behandeln. Die Trennung empfiehlt sich nur, wenn man einen Theil des Materials zu anderen Färbungen benutzen will.

Es folgen: Abspülung, Entwässerung in Alcohol, Celloidineinbettung, Schneiden.

2. Reduction. Die Schnitte kommen zunächst auf 10 Minuten in eine Lösung von Kalium hypermanganicum (II $^1/_3$%); nach sorgfältigem Abwaschen wird eine Flüssigkeit hinzugefügt, die man folgendermassen herstellt: 5% Chromogen (Höchst) und 5% Ameisensäure werden in Wasser gelöst. Zu 90 cc der filtrirten Lösung setzt man 10 cc einer (10%) Natriumsulfitlösung. In diesem Gemisch bleiben die Schnitte 2—4 Stunden. Färbt man jetzt, so wird das Bindegewebe farblos. Wenn einen eine leichte Bläuung des Bindegewebes nicht stört, so verbessert man die Färbung im Uebrigen durch folgende Procedur:

3. Behandlung mit einer nicht angesäuerten 5% Chromogenlösung über Nacht. Dadurch gewinnen die Neurogliafasern einen dunkleren Ton bei der folgenden Färbung und Ganglienzellen und Ependymzellen einen gelblichen.

Abspülung mit Wasser. Will man nicht gleich färben, so hebt man die Schnitte in 80% Alcohol (9 Th.) und 5% Oxalsäure (1 Th.) auf.

4. Die Färbung. Sie entspricht der Weigert'schen Fibrinfärbung mit geringen Veränderungen: Statt der wässerigen eine gesättigte alcoholische (70—80% Alc.) Methylviolettlösung, welcher auf 100 cc je 5 cc einer 5% Oxalsäurelösung zugesetzt sind. Das Anilinölxylol besteht hier zweckmässig aus gleichen Raumtheilen beider Substanzen. Alle Färbeoperationen erfolgen auf dem Objectträger. Die Färbung erfolgt momentan. Auch die Jod-Jodkaliumlösung wird gleich wieder abgegossen.

Im Anilinölxylol können Präparate länger, bis zu einer halben Stunde bleiben. Sorgfältiges Auswaschen des Anilinxylol mit Xylol. Die Präparate halten sich länger, wenn man sie dann 2—5 Tage im Tageslichte stehen lässt.

Gesammtdauer der Färbung 12 Tage.

Dieselbe Färbung ist brauchbar für die Gallencapillaren (wundervolle Bilder! Ref.), die cuticularen Theile an den Nieren und sonstigen Epithelien, die doppeltbrechende Substanz der Muskeln u. s. w. Für Thiere ist die Methode noch nicht brauchbar. Andeutungen über die pathologische Anatomie der Neuroglia finden sich vereinzelt in dem Werke zerstreut. So die Angabe, dass bei Paralyse in der Rinde sich eine reichliche Neubildung der früher „Astrocyten“ genannten Gebilde findet. Ihre sehr dicken Fasern haben die Tendenz, radiär auf die Gefässe einzustrahlen und sich hier zu inseriren (S. 140). Ferner erweist die Methode, dass die festen Narben nach ischämischer Necrose nicht Bindegewebe enthalten, sondern aus colossalen Neurogliamassen bestehen.

Die Methode ergiebt, wie man sieht, eine Fülle des Neuen. Wenn daneben einzelne Anschauungen Bestätigung finden, von denen die eine schon dieser, die andere jener Forscher geäussert hat, so ist darum auch in Bezug auf solche das Verdienst nicht geringer. Wie hoch ist wohl der objective Werth einer Methode zu veranschlagen, so lange sie nicht im Stande ist, sich einem Dutzend widersprechender Anschauungen gegenüber in überzeugender Weise Geltung zu verschaffen? Doch nur gering! Der Beobachtungs- und Divinationsgabe dessen, der sie zuerst gemacht hat, gereicht sie zur Ehre, aber erst in dem Augenblick, in dem sie durch eine einwandfreie, Anerkennung erzwingende Methode gesichert ist, wird sie dem objectiven Besitzstande menschlichen Wissens einverleibt.

Liepmann (Breslau).

II) **B. Monti** (Pavia): Die physiologische Bedeutung der Protoplasmafortsätze der Nervenzellen. (Considérations sur la significance physiologique des prolongements protoplasmique des cellules nerveuses.)

(Sep.-Abdr. aus: Archives italiennes de biologie, T. XXIV, fasc. 1, 1895)

In der Beurtheilung der Rolle, welche die protoplasmatischen Zellfortsätze spielen, weichen bekänntlich Golgi und Ramon stark von einander ab; M. ist nun der Meinung, dass, wenn dieselben wirklich, entsprechend der Meinung G.'s, intime Beziehungen zu den Gefässen haben, die ihnen gestatten, der Zelle die nöthigen „Nährsäfte“ zuzuführen, man auch erwarten muss, dass sie die ersten Elemente sein werden, die in Folge eines Gefässverschlusses degeneriren. Er hat desshalb eine grössere Anzahl experimenteller Embolien bei Kaninchen und Hunden hervorgerufen, denen er unter antiseptischen Cautelen einen Cubikcentimeter Wasser injicirte, das feine vegetabilische Kohle oder Lycopodiumpulver in Suspension enthielt. Die Versuchsthiere, die nicht an den Folgen des Versuchs starben, wurden 4—5 Tage nach der Injection getödtet. Kleine Stücke der Rinde oder der Ganglien wurden nach der Silbermethode behandelt.

Die Neuroglia fand sich in den Bezirken der capillären Embolien erheblich verändert; ihre feinen Fortsätze werden geknötet, unregelmässig. grob, später verwickeln sie sich ineinander, retrahiren sich und die Zelle

erscheint nicht mehr als Sternfigur, sondern als amorpher Haufe. Die Dendriten in den Nervenzellen verlieren in den embolischen Herden ihr characteristisches Aussehen, sie verlieren die moosartigen Anhängsel, die sie bei manchen Thieren haben, werden unregelmässig knotig, gebuckelt, abwechselnd verdünnen und blähen sie sich, wie wenn ihr Protoplasma sich in eine Anzahl von durch dünne Fäden zusammengehaltene Krümel verwandelt hätte. diese Veränderungen erstrecken sich durch den ganzen Herd. Solche Herde finden sich besonders in der Rinde, die daneben (entsprechend ihren besonderen Circulationsverhältnissen) unvollständig degenerirte Herde enthält, in denen manche Zellen nur einen, oder eine Gruppe von in bestimmter Richtung ziehenden Protoplasmafortsätzen verändert zeigt; M. nimmt an, dass die an solchen Zellen noch erhaltenen Fortsätze mit noch offenen Gefässen in Verbindung standen. Auch Zellen mit tiefen Veränderungen der Protoplatmafortsätze haben einen vollkommen erhaltenen nervösen Fortsatz, dessen collaterale secundäre Fortsätze sich in der Regel gleichfalls unverändert zeigen; auch die den Herd durchsetzenden Nervenfasern widerstehen den veränderten Bedingungen lange. Erst, wenn ausser allen protoplasmatischen Fortsätzen auch der Zellleib in den Degenerationsprocess hineingezogen ist, beginnt auch eine Veränderung des Axencylinderfortsatzes in Form der von Golgi beschriebenen varikösen Atrophie. Der Beginn der Veränderung an den entferntesten Theilen der protoplasmatischen Fortsätzen lässt sich schon 5 Stunden nach der embolisirenden Injection nachweisen.

Daraus, dass diese Degeneration an den protoplasmatisch Fortsätzen ihr Maximum zu einer Zeit erreichen kann, wo der nervöse Fortsatz noch ganz intact ist, ist auf einen wesentlichen Unterschied in der Bedeutung dieser beiden Elemente zu schliessen; der Beginn der Degeneration der protoplasmatischen Fortsätze an der Peripherie, ihr Fortschreiten vom thrombosirten Gefässe aus nach der Zelle hin, das Befallenwerden einzelner Fortsätze, die zu einem verschlossenen Gefässe in Beziehung stehen, das alles spricht für eine directe Beziehung dieser Fortsätze zu den Gefässen und für ihre trophische Bedeutung. Die Zelle selbst degenerirt erst, wenn alle ihre Fortsätze ganz degenerirt sind.

Kurella.

III) **W. L. Andriezen** (West Riding Asylum, Wakefield): Ueber einige neuere Gesichtspunke zur Pathologie der Psychosen. (On some of the newer aspects of the pathology of Insanity.)

(Brain 1894, part. LXVIII, p. 549—692. Separat-Abdruck.)

A. giebt eine sehr bemerkenswerthe Arbeit, die den ersten umfassenden Versuch darstellt, die Golgi-Cajal'sche Lehre vom Aufbau des Nervensystems für die Psychiatrie nutzbar zu machen. Die 150 Seiten der Arbeit bilden vielmehr ein selbstständiges Werk, das auch von der Ermittelung eigener Methoden und Thatsachen, besonders vergleichend-anatomischer auf dem Gebiete der Silberfärbung zeugt, als einen Journalartikel; immerhin ist die von A. geleistete Synthese der Gesammtergebnisse dieser Methode als der wichtigste Theil der Arbeit zu betrachten.

Besonders ausführlich verweilt H. bei der Hirnrinde und zeigt, wie in dieser complexen Structur doch das Neuron seine Individualität bewahrt. Die Rinde ist nicht nur als der Sammelplatz der verschiedenen Reize zu betrachten, die von aussen auf den Organismus wirken, denn der ganze Organismus reagirt auf diese Reize und diese Reactionen erregen ihrerseits sensible Fasern, welche die Vorgänge in den verschiedenen reagirenden Geweben, z. B. der Muskulatur, der Rinde mittheilen. Das Gehirn als Ganzes ist also ein doppelt repräsentatives Organ, in dem sowohl die Aussenwelt wie der Körper vertreten sind, und diese beiden Beziehungen des Organs sind thatsächlich untrennbar. Damit ist aber auch die eminente Wichtigkeit einer genauen Kenntniss des „corticalen Typus der Nerventhätigkeit" offenbar. In seiner Darstellung der Rindenstructur steht A., von der Methode abgesehen, auf eigenen Füssen. Er theilt die Rinde in 4 Schichten, deren zweite sich in keiner der früheren Beschreibungen zusammengefasst findet: 1. Molecularschicht, 2. Stratum ambignum, 3. Schicht der „langen Pyramiden", 4. gemischte polymorphe Schicht (umfasst Meynert's Körner- und Spindelschicht). Er gründet diese Classification jedoch nicht auf die Form der Zellen, sondern auf Thatsachen, die erst die Combination der Golgi'schen Methode mit der Untersuchung niederer Wirbelthiere ergeben konnte. Aus der sehr detaillirten Beschreibung der einzelnen Schichten möchte ich folgendes hervorheben: In der Molecularschicht sieht A. den Ort der Uebertragung sensibler und sensorischer Reize auf Zellen der Rinde; so hat er in dieser Schicht des G. Hippocampi Fasern der Olfactoriuswurzel mit den Spitzenfortsätzen der Pyramidenzellen und der Zellen des str. ambignum in Verbindung treten sehen. Die vielfachen, zumeist dreifachen Verbindungen der Pyramidenzellen demonstrirt er besonders eingehend an denen des Ammonshorns. Eingehend werden die Rindenstructuren der Amphibien und Reptilien mit denen der Säugethiere verglichen; pari passu mit der Entwicklung der motorischen Functionen geht in der Wirbelthierreihe ein Wachsthum von Protoplasmafortsätzen und Collateralen der Zellen der Rolando'schen Region; dasselbe gilt für die besonderen Sinnesgebiete, und es zeigt sich, dass eine hohe qualitative Differenzirung die eigentliche Grundlage intellectueller Fähigkeit ist. Beim Frosch findet sich noch keine Pyramidenschicht, bei den Reptilien kein Str. polymorph., das A. als zuletzt erworbenes betrachtet und dessen Zellen nach seiner Angabe zum Theil erst kurz vor der Geburt in diese Schicht einwandern; sie macht bei niederen Säugern etwa $^1|_6$, beim Menschen fast die Hälfte der ganzen Dicke der Rinde aus. Es folgen zahlreiche, die Kenntniss der Rinde fördernde Detailschilderungen; als Hauptinhalt der Discussion der Rindenstructur glaube ich die These bezeichnen zu können, dass in dem stratum ambiguum die perceptiven, in dem polymorphen Stratum die associativen Processe zu Stande kommen, dass ferner die Processe in dem corticalen Fasernetz verlaufen, während die Ganglienzellen wesentlich trophische Bedeutung haben. Das sind natürlich Hypothesen.

Die auf corticopetalen Bahnen anlangenden Reize breiten sich in der molecularen und submolecularen Schicht, in der diese Bahnen zunächt endigen, aus; hier erregen sie zwei nach innen gelegene Zellarten, die der Pyramidenschicht und des Stratum ambiguum; die so gereizten Zellen

treten in Action und entladen sich ihrereits. Die Reizung, Spannung und Entladung der verbundenen beiden Zellarten ist „der nervöse Process“, dessen psychisches Correlat die im Bewusstsein erweckte Empfindung ist. Diese kann je nach der Stärke der corticalen Reaction lebhaft oder schwach, nach ihrer Localisirung visuell, tactil, kinästhetisch etc. sein.

Bei der Besprechung pathologischer Verhältnisse verweilt A. ausführlich beim Alcoholismus; hier hat er in der Rinde Aenderung oder Zerstörung der Endbäumchen und feinen Collateralen gefunden, zumal in der molecularen Schicht; ferner „eine Schwellung und Erweichung der feinsten protoplasmatischen Körnchen in den neuroplasmatischen Plexus, die das „Associationsfeld zwischen den corticalen Neuronen untereinander oder zwischen ihnen und den sensorischen Bahnen darstellen“. Diese Veränderungen will A. nur als dynamisch betrachten; daneben bestanden jedoch andere in Körper und Kern der Zellen, die als Ernährungsstörungen betrachtet werden können, wie sie auch in anderen (Muskel-, Drüsen- etc.) Zellen nachgewiesen sind, die aber eine gewissermassen fetischistische Betrachtung der Nervenzellen nicht zur Anerkennung hat kommen lassen. Neben den im Alcoholismus zuerst leidenden tieferen Rindenzellen sind auch die nicht nervösen Elemente des Hirns ergriffen, nämlich die nutritiven Mechanismen (vasculäre und lympathische Gebilde) und die protectiven Mechanismen (Ependym, perivasculäre und diffuse Neurogliafaser).

Die früh nachweisbaren dynamischen Veränderungen in den neuroplasmatischen Plexus in verschiedenen Rindengebieten von Alcoholikern betrachtet A. als Grundlage der Verringerung und Verlangsamung der Reaction auf sensorische Reize bei Alcoholisten und ferner als Ursache der Verringerung der Ausbreitung der Erregung von einem corticalen Gebiete auf das andere. Auf letzteren Umstand will er die Amnesie und die Verlängerung der Reactionszeit bei Alcoholisten zurückführen. Die mit der Methylenblaumethode nachweisbaren Aenderungen im Zellleib und -Kern will er mit Ermüdungserscheinungen in Zusammenhang bringen. Die frühesten bei Alcoholisten nochgewiesenen Veränderungen stehen denen nahe, die er nach 18stündiger ununterbrochener Reizung von Nervenzellen erhielt. Das Protoplasma ist dann geschädigt, seine Fähigkeit zur Assimilation schwer beeinträchtigt; damit will A. die Schlaflosigkeit der Trinker in Verbindung bringen. Eine schneller verlaufende Ernährungsstörung bedingt die acuteren Früherscheinungen, Schlaflosigkeit mit mildem Delir. A. führt aus, dass man unterscheiden müsse zwischen dem in der Zelle aufgespeicherten Arbeitsmaterial und den in der Lymphe circulirenden Nährstoffen, welche die Zelle nur relativ langsam assimiliren kann. Die übermässige Reizung der Zellen durch Excesse irgend welcher Art (Ueberanstrengung, sexuelle, Alcohol-Excesse) erschöpfen allmählich die intercellulären Nährstoffe. An einem gewissen Punkte tritt dann eine Verringerung der nervösen Spannung in der Zelle ein, der als psychische Begleiterscheinung das Gefühl der Ermüdung entspricht. Ein gesundes Individuum schläft dann und die normale Spannung wird durch neue Assimilation wiederhergestellt; die Zellen des Trinkers dagegen werden durch noch circulirenden Alcohol stimulirt und zwar intensiver als in der Norm; die Folge ist ein Uebermass von Thätigkeit der Zelle und schliesslich die rapide Entwicklung von

Ermüdung und Benommenheit; wird dann die Intoxication fortgesetzt, so führt die weitere Reizung zu milden, unterbewussten Delirien; wiederholen sich solche Vorgänge mehrere Male, so wird die Ernährung permanent geschädigt und es kommt zu den beschriebenen Störungen des neuro-protoplasmatischen Apparats. Die wiederholten Anfälle von Schlaflosigkeit, verbunden mit mehr oder weniger häufigen leicht delirirenden oder depressiven Zuständen und Denkerschwerung bilden nach A. auch das Initialstadium vieler nicht alcoholischer Psychosen und zeigen, dass auch diese das gleiche Prodromalstadium durchlaufen müssen; es wäre also verfehlt, weiterhin diese Processe als functionell zu bezeichnen; eine Vertiefung der anatomischen Untersuchung werde zu einem Verständniss der eigentlichen Krankheitszustände und damit zu einer besseren Prognose und Therapie führen.

Kurella.

IV. Zur Tagesgeschichte.

Zur Angelegenheit Scholz gegen Bodelschwingh.

Von Dr. Dannemann, Assistent der psychiatr. Klinik zu Giessen.

Es mehren sich die Zeichen, dass die pastorale Irrenpflege und ihre Tendenzen, statt durch die Frankfurter Thesen eingedämmt zu sein, üppig aufblühen! Freilich ist der Erlass des Cultusministers vom 30. X. das erste Zeichen, dass an leitender Stelle die irrenärztlichen Forderungen endlich Anklang finden. Aber inzwischen hat der in seinen Anschauungen an dieser Stelle sattsam characterisirte Pastor Bodelschwingh einen Sieg über einen deutschen Irrenarzt errungen, den er und seine Genossen ausbeuten werden! Scholz in Bremen ist in einem Stückchen Culturkampf gescheitert und aus seiner eigenen Anstalt durch Elemente verdrängt, die er in philanthropischer Begeisterung selbst einmal herbeigerufen hatte. Seine Erfahrungen warnen jeden Irrenarzt vor einem gleichen Missgriff bei der Lösung der Personalfrage. Sie beanspruchen das Interesse aller Fachgenossen.*)

1879 zog Scholz gegen die Meinung anderer Collegen an der von ihm geleiteten Anstalt Diakonissen aus Bielefeld nach Bremen unter Aufgabe eines wichtigen Theiles seiner Machtvollkommenheit. Schon nach wenigen Jahren kommt es zu Conflicten. Missfällige Kritiken seiner Anordnungen, sogar seiner Diätvorschriften, endlich Denunciationen deswegen führen zur Entfremdung. Gleichzeitig benützt Bielefeld den persönlichen Antagonismus eines anderen Arztes gegen Scholz zur Festigung seiner Position. Scholz, gleichwohl mit der Krankenpflege der Bielefelder noch im Uebrigen zufrieden, die er gelegentlich in vielleicht allzu überschwenglichen Worten rühmt, erlebt nun, dass in seiner Irrenabtheilung Misshand-

---

*) Zum besseren Verständniss dieser Mittheilung bemerken wir, dass nach der Kündigung an Herrn Director Scholz der bremische Senat in Localblättern eine ungewöhnlich lange Publication erlassen hat, die eine unbegreifliche Abhängigkeit der Bremischen Regierung von der inneren Mission zeigt. Die Redaction

lungen stattfinden. Eine tadelnswerthe Milde und auch wohl das Bestreben, das eigene Nest nicht zu besudeln, bestimmen ihn und ebenso aber auch seine vorgesetzte Behörde (!), den Staatsanwalt nicht zu benachrichtigen. Es ist kaum zu verkennen, dass damit der Abgang der Bielefelder von der Irrenanstalt im Causalnexus steht, denn kurz nachdem, ohne Genehmigung Bodelschwingh's, an die Diakonissen seitens der Behörde Instructionen mit dem Hinweis auf das Strafgesetzbuch erlassen sind, kündigt Bielefeld unter Vorschützung der Besetzung Lengerich's! — Scholz behält indessen die Diakonissen auf seiner inneren Abtheilung, macht nun stets unangenehmere Erfahrungen, die er jüngst in einer Denkschrift zusammengefasst hat. Er unterliegt 1894 der Bielefelder Richtung, verliert seine innere und geburtshilfliche Abtheilung. Seine Gegner stärken sich durch ihnen „sympathische" Aerzte, deren einer sogar Mitunterzeichner der Frankfurter Thesen ist. Inzwischen mag die Stellungnahme der deutschen Irrenärzte gegen Bodelschwingh ein übriges gethan haben, um Scholz mit Abneigung gegen denselben zu erfüllen. Im Anschluss an eine Capellmann'sche Aeusserung im Mariaberger Process kommt es zum erneuten Ausbruch der Fehde. Bielefelder Schmähartikel, natürlich nicht von Bodelschwingh selbst unterzeichnet, sondern den Namen eines seiner Genossen tragend, bewegen Scholz zur Veröffentlichung der Misshandlungsfälle. Er geht in seinem Bestreben, Bielefeld abzuschütteln, so weit, die noch anwesenden Bielefelder der anderen Abtheilungen anzugreifen, für welche nun mit lobenden Erklärungen seine Collegen an der Anstalt (2 davon erst seit 6 Monaten im Dienst!) ins Zeug gehen. Dieselben erheben sogar den persönlichen Vorwurf der Unverträglichkeit in öffentlichen Blättern und bestreben sich, durch bedingte Kündigung, eine Pression zu üben, kurz nachdem eine in diesem Blatte abgedruckte höchst ehrenvolle Adresse von 67 Aerzten Scholz überreicht ist!

Das Resultat der mehrmonatlichen Untersuchung ist die Kündigung an den Director. Ein langes Memoire seiner Inspection stellt ihn bloss, ein Schriftstück, das den Stempel tendenziöser Herabsetzung an der Stirne trägt und die Bielefelder als unschuldige Dulder erscheinen lässt.

Wie ist dieser Ausgang zu erklären? — Zuerst bedarf es einer Beleuchtung der über Scholz zu Gericht sitzenden Behörde. Es war diese die sogenannte Inspection der Krankenanstalt, welche aus 2 Senatoren besteht, denen 6 sogenannte Administratoren aus der Bürgerschaft beigeordnet sind. Diese, sämmtliche Laien, leiten nun die Geschicke der nicht staatlichen, sondern den Character einer milden Stiftung tragenden Anstalt. Manchem von ihnen ist das Innere des St. Jürgenasyls so unbekannt, wie die afrikanische Wüste. Diese sehr antiquirte Behörde, deren Verfahren seitens hervorragender Blätter schon sehr scharfe Kritik gefunden hat, ist der eigenen Altersschwäche sich anscheinend bewusst, denn der Senat hat eine Neuorganisation der Anstalt als dringend bezeichnet! Diese Inspection stellte nun 1893 gegen den Rath des Directors, wie sie jetzt selbst schreibt, Bodelschwingh das den Irrenärzten bekannte Leumundszeugniss aus! Und diese Behörde, welche alles Interesse daran haben musste, sich nicht selbst desavouiren zu müssen, die also in dem ganzen Zwist stark betheiligt war (!), sitzt nun zu Gerichte über Scholz! Das bedarf keines weiteren Commentars.

Anstatt aber dass nun die angeschuldigten Bielefelder auf der Anklagebank sitzen, dreht man von Anfang an die Sache um und so erscheint Scholz als der Angeklagte. Einzelne Punkte einer Anklage sind ihm nicht formulirt worden, so dass ihm eine Vertheidigung unmöglich war. Es ist ihm nur gesagt, er sei „wegen öffentlicher Verläumdung“ in Untersuchung! Was er bei derselben zu erwarten hat, wird ihm schon am ersten Tage klar, als ein die Untersuchung führender Senator einen seiner Briefe an Bodelschwingh als „heuchlerisch“ bezeichnet, eine Kritik, die er erst auf dringendes Ersuchen zurücknimmt! Das wirft auf die Unparteilichkeit ein sonderbares Licht! — Wer bremische Verhältnisse kennt, weiss, wie gross die Fortschritte der „positiven“ kirchlichen Richtung in leitenden Kreisen daselbst sind. Eine grosse Summe Mitgefühls für Bodelschwingh war darum zu erwarten. Die den Streit als ein Ringen der Orthodoxie und des Liberalismus erscheinen lassenden Zeitungsfehden bremischer Geistlicher kennzeichnen das zur Genüge. Die Behörde wäre darum zu einer doppelt vorsichtigen Beurtheilung des Falles verpflichtet gewesen, z. B. zur Herbeiziehung eines psychiatrischen Sachverständigen. Man würde dann nicht in ihrem Bericht Ausdrücke finden, wie „boshaft um sich beissende Kranke“, „das an sich gerechtfertigte gewaltthätige Vorgehen gegen widerspenstige Irre“ etc. Die Behörde würde dann auch etwas über den „Geist Bielefelds“ erfahren haben, nach dem sie sich vergeblich umgehorcht haben will. Sie hätte sich dann überzeugen können, dass ein mit dem Fensterquast einen unreinlichen Kranken prügelnder Theologe (ein Fall zugegebenener schwerer Misshandlung!), welcher diese Handlungsweise als „einen gerechtfertigten Act pädagogischer Zucht“ entschuldigt, die beste Illustration für Bodelschwingh'sche Lehre von der Verantwortlichkeit ist! Sie würde dann erfahren haben, dass überstandene Geisteskrankheit nicht Intelligenz- und Erinnerungsdefecte zu involviren braucht, wie sie bei denjenigen Personen annehmen zu müssen glaubt, welche Scholz rühmende Zeugnisse ausstellen. Sie hätte dann erfahren, welch' horrende Thesen Bodelschwingh und seine Freunde über Geistesstörung aufgestellt haben; wie nur energischer Widerstand diese Herren zu einem Rückzug zwang, der beweist, dass das jesuitsche Motto: „Si fecisti nega“ gelegentlich auch in unserer Zeit noch geschätzt wird!

Was nun das Interessanteste in der ganzen Untersuchung darstellt, das ist die rührende Einmüthigkeit, mit welcher die Diakonissen alle gegen sie erhobenen Beschuldigungen zurückweisen oder als unerheblich hinstellen: Was einmal Grashey sagte, dass nämlich gegen eine Phalanx von Ordensbrüdern nichts zu erreichen ist, bekundet sich auch hier. Dabei muss es doch Wunder nehmen, dass eine ganze Anzahl Misshandlungen schliesslich bewiesen ist. Darunter ist eine schwere, welche nach sachverständigem Beirath nur auf „kräftige Faustschläge“ (35 cm lange und 15 cm breite Sugillationen des Kreuzes einer Frau!) zurückzuführen waren. In diesem Falle schreibt Bodelschwingh selbst: „Schwester Emilie ist tief gebeugt, giebt ihre Schuld zu, — sie schreibt in höchstem Grade zerknirscht, betrübt über sich selbst“, ferner „das Bekenntniss einer dieser drei Schwestern, dass diese Kranke nur auf diese Weise hat zur Ruhe gebracht werden können“. Die betreffende Schwester hat

geäussert, dass schon öfter geschlagen worden sei, „wenn es nöthig war“, ferner, „ich habe sie nicht zuviel geschlagen“. Aber die Inspection kann solche Thatsachen nicht brauchen und schreibt: „Trotzdem scheint die Behauptung der Schwestern, dass die verabfolgten Schläge in Noth und Balgerei gegeben seien, keineswegs unwahrscheinlich.“

Von Interesse ist auch die angewandte Tactik (die den Stempel der höheren Autorisation trägt) der Bielefelder, den Ankläger ihrerseits wieder begangener Rohheiten zu zeihen, was so weit geht, dass sogar Gewaltthätigkeiten zugestanden werden, um eben Scholz als Lehrmeister derselben hinstellen zu können, z. B. das berüchtigte Ventilabdrehen! Die Behörde meint dazu: „Die Einwendung (des Directors), dass er nie ohne Assistenten die Kranken besuche, seine Assistenten aber von ähnlichen Vorkommnissen, überhaupt von einer Thätlichkeit des Directors gegen Kranke nach ihren zu Acte gekommenen Zeugenaussagen nie etwas bemerkt haben, wiegt zu seinen Gunsten. Die Aussagen der benannten (Bielefelder) Zeugen sind dazu unbeeidigt.“ — Wir meinen, wer noch derartig falsche Anschuldigungen, für welche kein Beweis erbracht ist, sondern die seitens ehrenhafter Aerzte mit Entrüstung zurückgewiesen werden, wer da noch mit diesen Bielefelder Zeugenaussagen rechnet, der kann nicht mehr ernst genommen werden. Was nützt es einem Arzte, der ein Menschenalter humaner und makelloser Thätigkeit hinter sich hat, wenn seine Vorgesetzten halbwegs geneigt sind, solchen „mit grosser Unbefangenheit abgegebenen Berichten“ Glauben zu schenken. — Zu dieser Tactik gehört auch die Methode der Bielefelder und des Senats, die Scholz'schen Zeugen zu discreditiren und unter Bezichtigung eines angeblich unmoralischen Lebenswandels als unglaubwürdig hinzustellen. Einer dieser Zeugen hat in bremischen Zeitungen seine Zeugnisse veröffentlicht, die ihm von Bielefeld nach seinem freiwilligen, zum Zweck eines besseren Fortkommens genommenen Austritt ausgestellt waren. Trotzdem dieselben äusserst günstig und ehrend waren, leiht die Behörde seiner Herabwürdigung ihr Ohr und stellt ihn verdächtig hin. Das kennzeichnet diese wundervolle Justiz! —

Es führt zu weit, auf alle Einzelheiten einzugehen. Es genügt zu bemerken, dass alles Wohlwollen in dem Memoire des Senats auf den Bielefeldern, aller Schatten auf Scholz ruht. Es war zwar nicht möglich, die ersteren ganz weiss zu waschen, es muss zugegeben werden, dass „übermässige Gewaltanwendungen und züchtigende Misshandlungen“ stattgefunden haben. Diese Einräumung nimmt eigentlich noch Wunder bei der Geneigtheit des Untersuchers, nach „dem sicheren Eindruck“, den „Angaben und Auftreten“ der Beschuldigten machen, zu urtheilen. Der Grundsatz, dass die Aussagen der Diakonissen als an Eidesstatt abgegeben und darum absolut unanfechtbar sind, scheint nicht nur in Bielefeld Geltung zu finden, sondern auch in Bremen als unantastbar zu gelten! —

Wenn man nun noch erfährt, dass die Mittheilung des vom Staatsanwalt geforderten Anklagematerials durch den Director Scholz diesem zum Vorwurf gemacht wird, dass ferner eine gelegentlich früherer Differenzen mit seiner Behörde dem Director angedrohte Kündigung wieder hervorgeholt wird, so kann es nicht Wunder nehmen, dass Scholz unterlag.

Gegen den Willen von zwei Dritteln der bremischen Aerzte, trotz ehrendster Adressen seiner Assistenten von langen Jahren her, hiess man ihn gehen, und wer als deutscher Psychiater Lust haben sollte, sein Nachfolger zu werden, der möge sich vor Allem möglichst weitgehender Sympathie für Bodelschwingh befleissigen. Nur diesem besonders sympathische Aerzte finden sich vielleicht dazu bereit! —

Scholz hat sich selbst das Grab bereitet und darum werden viele unparteiische Fachgenossen nur achselzuckendes Bedauern für ihn haben. Er selbst hat die Geister gerufen, die sein Verderben geworden sind. Aber man bedenke, in welcher Zeit dies geschah! 1879 ahnte noch niemand mit welchen Anmassungen Bodelschwingh einmal auftreten würde. Diesen hielt man für einen Mann, der nur in Liebeswerken aufgehe; er wurde genannt als Freund des Kronprinzen Friedrich Wilhelm. Der grosse philantropische Bund, an dessen Spitze dieser stand, und seine einzelnen Mitglieder durften wohl glauben, dass es erspriesslich sei, „die gesammte Irrenpflege für das Diakonissenwesen zu erobern.“ Nun zeigt seit einigen Jahren Bodelschwingh ein ganz anderes Gesicht, seine Ideen werden als reactionär und mittelalterlich mehr und mehr bekannt. Was Wunder, dass Scholz nun seinen voreiligen Schritt bitter bereut und wieder frei zu werden sucht.

Scholz' Verdienste auf psychiatrischem Gebiete sind bekannt und bedürfen hier keiner Erwähnung. Dass gerade dieser begeisterte Vertreter humaner Irrenpflege im eigenen Hause so schlechte Erfahrungen hat machen müssen, ist betrübend und fordert die Beachtung aller Psychiater, damit sie nicht bei der Lösung der Wärterfrage in seinen Fehler verfallen. — Das Wartepersonal muss eben unbedingt dem Arzte in jeder Hinsicht unterstellt sein. Pastorale und ärztliche Leitung ist ein Nonsens, der stets zu Differenzen führen wird. Nur stetige ärztliche Ueberwachung kann eine humane Behandlung Geisteskranker gewährleisten. Wo Verstösse gegen letztere vorkommen, da wird stets ein Mangel genügender ärztlicher Ueberwachung in letzter Linie mit verantwortlich zu machen sein. Das soll keineswegs ein Vorwurf gegen die an Anstalten amtirenden Aerzte sein, denn hier liegt es nicht an mangelndem gutem Willen, sondern an den Zeitverhältnissen. Selbst die redlichsten Absichten mancher Anstaltsleiter bezüglich der Beschaffung von Assistenzärzten scheitern einmal an dem mangelnden Verständniss der obersten Behörden und zweitens an dem Mangel geeigneter Kräfte. In Bremen liegt die Ueberwachung der 190 Patienten zählenden Irrenabtheilung ausser dem Chefarzte einem Assistenzarzte ob, der gleichzeitig Prosector der gesammten Krankenanstalt ist und 250 bis 300 Sectionen im Jahre auszuführen hat. Mit diesem wichtigen Posten müssen aus Mangel an psychiatrisch gebildeten Bewerbern eben approbirte Aerzte betraut werden, die zumeist kaum ein Jahr im Dienste bleiben und die Stellung nur als einen Uebergang ansehen. Aehnlich wird es in manchem anderen Stadtasyl sein. Man besetze solche Posten unter besserer Besoldung mit Aerzten, welche Psychiatrie zum Specialfach gewählt haben, und vieles wird besser werden. Aber solche Aerzte werden erst dann in ausreichender Zahl zu finden sein, wenn endlich die Psychiatrie Gemeingut aller Aerzte durch die Prüfungsordnung geworden sein wird.

Dann wird auch die Grsammtheit der Aerzte die Psychiatrie, diese hochwichtige sociale Wissenschaft, naturgemäss unterstützen gegen öffentliche Schäden, wie pastorale Irren- und Idiotenpflege sie darstellen, und behülflich sein, besseres dafür an die Stelle zu setzen.

Scholz ist das Opfer nach Lösung drängender unhaltbarer Verhältnisse geworden. Möge er durch die bremische Bürgerschaft, welche die Prüfung seiner Sache in starker Erregung über seine Massregelung unternommen hat, eine glänzende Rehabilitirung finden! Möge er ferner den Tag erleben, an dem seine Wissenschaft endlich als gleichberechtigt den anderen medicinischen Disciplinen zur Seite gestellt wird! — Die pastorale Irrenpflege aber möge sich des Triumphes enthalten und gewiss sein, dass der Fall Scholz ihrem Fortschritte mehr hinderlich sein, als ihn fördern wird.

Druckfehler-Berichtigung.

Man lese:

Seite 502 Zeile 7 v. u. „Koller“ statt Roller.
„ 513 „ 16 v. o. „von Geistesstörung“ statt eine Geistesstörung.
„ 529 in der Ueberschrift „Dr. L“ statt W. L.
„ 530 Zeile 24 v. u. „Wenzel-Hanke“ statt Wenzel-Haake.
„ 531 „ 2 v. u. „da musste“ statt als müsste.
„ 531 „ 1 v. u. „(Sie?)“ statt (Sic!)
„ 532 „ 14 v. o. „werden“ statt waren.
„ 532 „ 21 v. u. „kollernden“ statt stotternden.
„ 533 „ 14 v. u. „deviirt“ statt variirt.
„ 534 „ 25 v. u. „dritter Ventrikel, sowie die Seitenventrikel“ statt drittes V., sowie ein S,
„ 534 „ 17 v. u. „in der Dura befindlichen“ statt in der Farbe befindlichen.
„ 537 „ 23 v. u. (hier und alle folgenden Male) „Höstermann“ statt Hinstermann.
„ 539 im Litteraturverzeichniss Nr. 5 „Höstermann“ statt Holstermann.
„ 539 Nr. 7 „Leubus“ statt Laubus.
„ 539 Nr. 8 „Hebold“ statt Hebald.
„ 539 Nr. 12 „ascending“ statt escending.
„ 597 „ 23 v. o. „Redressement“ statt Redeexperiment.

Inhalt des Jannar-Hefts.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.
Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XIX. Jahrgang. 1896 Februar. Neue Folge VII. Bd.

I. Originalien.

Die Theorie der conträren Sexualempfindung.

Von Dr. Havelock Ellis.

Die Meinungsverschiedenheit über das Wesen der conträren Sexualempfindung scheint sich mir aus dem verschiedenen Standpunkte der einzelnen Beobachter zu erklären. Der Einfluss persönlicher Verhältnisse, der des Berufs und der Lebenssphäre des Beobachters spielt dabei mit, auch gründen die verschiedenen Forscher ihr Urtheil auf ganz verschiedene Categorien von Fällen.

Ich gründe natürlich zum grossen Theil meine Schlüsse auch auf meine eigenen Beobachtungen, ich glaube das aber auch bei der Art meines Materials und meiner Stellung ihnen gegenüber ohne Bedenken thun zu dürfen. Ich bin nicht in der Lage, pro domo zu plädiren, ebenso wenig in der eines Polizeimanns, und auch nicht in der des Arztes, denn meine Fälle sind nicht zu mir gekommen, um sich behandeln zu lassen. Ich betrachte den Stoff als Psychologe, der gewisse bestimmte Thatsachen ermittelt hat, und der seine Schlüsse auf diese Thatsachen gründet.

Zunächst stehe ich unter dem Eindrucke, dass man die sexuelle Inversion als einen wesentlich congenitalen Zustand betrachten muss. Das scheint mir dis Wurzel eines richtigen Verständnisses der Sache zu sein. Gegenwärtig bestehen zwei Strömungen auf diesem Gebiete; die eine sucht die Grenzen des Erworbenen weiter auszudehnen (Binet, v. Schrenck-Notzing u. A.), die andere will das Gebiet des Angeborenen möglichst weit umgrenzen (Moll, v. Krafft-Ebing u. A.). Wie gewöhnlich, haben beide Richtungen etwas Wahres. Aber da die Verfechter der Theorie der Erwerbung häufig mit Nachdruck jedes angeborene Element bestreiten, so haben wir meiner Meinung nach dieses Element mit Nachdruck zu betonen. Die Anschauung, wonach sexuelle Inversion ganz durch den frühen Einfluss der Umgebung oder den der „Suggestion“ zu erklären ist, hat

etwas Anziehendes und wird gewiss durch die Thatsachen des erotischen Fetischismus gestützt, in welchem das Haar, der Fuss oder gar die Kleidung eines Weibes zum Brennpunkt der geschlechtlichen Wünsche eines Mannes wird. Aber dieser Fetischismus stellt doch nur eine Steigerung eines normalen Impulses dar; jeder Liebende wird bis zu einem gewissen Grade durch das Haar, den Fuss, die Kleidung der Geliebten afficirt; es liegt also auch hier etwas vor, das wohl als congenitales Element betrachtet werden kann, und ferner darf man annehmen, dass der Fetischist gewöhnlich weitere angeborene Züge hereditärer Neuropathie zeigt. Deshalb befestigt die Analogie mit dem Fetischismus die Stellung derer, die sexuelle Inversion für rein erworben halten, nicht erheblich. Ferner schliesst die Behauptung einer erworbenen oder suggerirten Inversion logisch die Behauptung ein, dass die normale Sexualität gleichfalls erworben oder suggerirt ist. Wenn Jemand sich zu seinem eigenen Geschlechte lediglich deswegen hingezogen fühlt, weil die Thatsache oder die Vorstellung einer solchen Anziehung überhaupt ihm gegenwärtig geworden ist, müssen wir auch glauben, dass ein Mensch sich zu dem anderen Geschlecht hingezogen fühlt, nur weil die Thatsache oder die Vorstellung davon ihm in der Erfahrung gegeben worden ist. Mit dieser Theorie kann man nicht weiterkommen. In fast allen Ländern der Welt suchen Männer die Gesellschaft der Männer, Weiber die der Weiber; wenn Zusammenleben und Suggestion die einzigen wirkenden Ursachen wären, dann müsste die Inversion nicht die Ausnahme, sondern die Regel sein. Wir müssten ferner annehmen, dass in der ganzen Menschheit, ja fast in der ganzen Thierwelt der fundamentalste Lebensinstinkt ziellos und unbestimmt geblieben und nur durch Zufall mit der Fortpflanzung verbunden worden sei, die doch thatsächlich das ganze Gebiet des Lebens beherrscht. Deshalb ist die Vorstellung, der Geschlechtstrieb wäre bloss ein Ergebniss der Suggestion, ganz zu beseitigen; sie ist ganz unvereinbar mit Beobachtung und Erfahrung und kaum vereinbar mit einer rationellen Biologie.

Für die natürliche Betrachtung erscheint der Geschlechtstrieb als ein angeborener organischer Trieb, der sich zur Zeit der Pubertät entwickelt. Es können dann Suggestion und Umgang eine Rolle spielen bei der Bestimmung des Gegenstandes, auf den dieser Trieb sich richtet; der Boden ist dann empfänglich, aber die Zahl der Samenarten, die darauf gedeihen können, ist beschränkt. Dass der Geschlechtstrieb um diese Zeit kein völlig bestimmtes Ziel hat, darf man mit vollem Recht annehmen.[1] Das zeigt sich nicht nur in den gelegentlichen Andeutungen eines dem eigenen Geschlecht zugewendeten sexuellen Affects, sondern auch in der gewöhnlich unbestimmten und nicht sinnlichen Beschaffenheit der normalen Leidenschaft in der Pubertät. Aber desshalb fliesst der Strom des Geschlechtslebens nicht ohne weiteres in einen ganz abnormen Kanal. Wo das für die Dauer geschieht, können wir aus vielen guten Gründen annehmen, dass wir mit einem Organismus zu thun haben, der von vornherein abnorm ist. Die gleiche Saat der Suggestion fällt auf verschiedenen Boden, bei den meisten stirbt sie ab; bei der kleinen Minderheit keimt und wächst sie. Die Ursache kann nur eine Differenz im Boden sein.

Wenn wir nun zur Erklärung eines zum mindesten beträchtlichen Theiles der Fälle von Inversion eine angeborene Anlage annehmen müssen, worin besteht diese dann? Urlichs gab auf diese Frage die Antwort, dass bei dem conträren Manne eine weibliche Seele in einem männlichen Körper existirt: anima muliebris in corpore virili inclusa. Diese Wendung haben sogar Autoren, die einen Anspruch auf wissenschaftliche Exactheit machen, wie Magnan und Gley, sich angeeignet, in der etwas veränderten Form, dass bei dem Conträren ein weibliches Gehirn mit einem männlichen Körper und männlichen Geschlechtsdrüsen combinirt ist. Das ist aber keine Erklärung, sondern nur eine treffende Formulirung des Eindrucks, den die Sache zunächst macht. Als Theorie ist diese Auffassung für den Psychologen wissenschaftlich unmöglich. Wir kennen die „Seele" nur, soweit körperliche Aeusserungen vorliegen: wenn man sagt, dass Jemand den Körper eines Mannes und die Gefühle eines Weibes zu haben scheint, so ist das oft ganz richtig, aber es sagt doch etwas ganz anderes, als die Theorie, dass eine weibliche Seele oder auch, dass ein weibliches Gehirn sich in einem männlichen Körper ausdrückt. Denn diese Behauptung ist ebenso unverständlich, als wenn man sagen wollte, dass ein grünes Licht durch ein rothes Glas scheint. Ich will im Augenblick nicht darauf eingehen, dass bei Conträren die weiblich gearteten psychischen Tendenzen wenig, manchmal gar nicht ausgeprägt sein können, so dass dann von keiner „weiblichen Seele" die Rede sein kann; auch deute ich hier nur kurz auf die sehr wichtige Thatsache hin, dass in einer sehr grossen Zahl von Fällen nicht nur die Seele, sondern auch der Körper abweichende Geschlechtsmerkmale erkennen lässt.

Man wird dem Verständniss der Dinge wohl näher kommen, wenn man sich erinnert, dass in der geschlechtlichen Fötalentwicklung beider Geschlechter eine organische Zweigeschlechtigkeit latent vorhanden ist. Auf einer frühen Stufe der embryonalen Entwicklung sind die Geschlechter noch nicht von einander zu unterscheiden und Spuren dieser ursprünglichen Zwiefältigkeit des Geschlechts erhalten sich während des ganzen Lebens. Die Henne behält in rudimentärer Form die Sporen, die beim Hahn so gross und kräftig sind, und manchmal entwickelt sie ein Talent zum Krähen oder nimmt ein männliches Federkleid an. Bei den Säugethieren besitzt das Männchen nutzlose Saugwarzen, die sich gelegentlich zu Brüsten entwickeln, und das Weibchen besitzt eine Klitoris, die nichts als ein rudimentärer Penis ist und sich zu einem Membrum entwickeln kann. Das sexuell conträre Individuum besitzt gewöhnlich diese Zeichen der gemeinsamen Anlage beider Geschlechter nicht in übermässig starker Entwicklung, dagegen giebt es eine beträchtliche Anzahl feinerer Züge, auf physischem wie auf psychischem Gebiete, die bei Invertirten eine Annäherung an das andere Geschlecht andeuten. Man kann also — in speculativer Form — sagen, dass bei der Conception der Organismus mit 50% weiblichen und 50% männlichen Keimen ausgestattet ist, dass beim Fortgange der Entwicklung entweder die männlichen oder die weiblichen Keime die Oberhand gewinnen, bis schliesslich in dem reifen Individuum nur ein paar abortive Keime des anderen Geschlechts übrig geblieben sind.

Bei einem homosexuellen Wesen aber und bei dem psychosexuellen Zwitter ist, wie man annehmen kann, der Process nicht normal verlaufen, dank irgend einer Besonderheit in Zahl oder Beschaffenheit der ursprünglichen männlichen oder weiblichen Keimchen oder beider: daraus ergiebt sich dann die Geburt eines Wesens, dessen ganzer Organismus mehr für die Bethätigung des conträren als für die des normalen Triebes geartet oder zu beiden Trieben gleich veranlagt ist.

Wir haben also in der Inversion etwas vor uns, das man mit vollem Rechte als eine „Spielart“ oder eine Variation bezeichnen kann, eine jener organischen Abweichungen, die wir überall in der Lebewelt finden, bei Pflanzen wie bei Thieren.

Ich will hier ausdrücklich betonen, dass ich nicht behaupten will, der Geschlechtstrieb oder ein Organ für denselben entwickle sich im frühen Embryonalleben; diese Vorstellung wird mit Recht als absurd zurückgewiesen. Was man sich auf einer frühen Stufe mit Recht als gegeben denken darf, ist streng genommen eine Disposition, d. h. eine derartige Abweichung des Organismus, dass derselbe mehr als der normale oder durchschnittliche Organismus befähigt ist, sich zu dem gleichen Geschlechte hingezogen zu fühlen. Der Conträre kann also etwa mit dem Idioten, mit dem Verbrecher aus Instinct, mit dem Genie verglichen werden, die alle nicht als biologische Varietäten im strengen Sinne des Wortes betrachtet werden können, deren Wesen aber für uns verständlicher wird, wenn wir ihre Beziehung zur Variation ins Auge fassen. Symonds verglich die Inversion mit der Farbenblindheit und dieser Vergleich ist zulässig. Gerade wie der Farbenblinde unempfindlich ist für die grünrothen Strahlen, die auf ein normales Auge besonders erregend wirken, und den anderen Farben-Empfindungen eine weitere Ausdehnung giebt — er findet, dass Blut dieselbe Farbe hat wie Gras und einen blühenden Teint himmelblau —; so fühlt auch der Conträre emotionelle Werthe nicht, die normalen Individuen als Reize erscheinen, und überträgt diese Werthe auf Reize, die dem Normalen als ganz etwas anderes erscheinen. Oder man kann etwas analoges im Farbenhören finden, das nicht sowohl ein angeborener Defect ist, als eine Anomalie der Associationsfaserung, die neue, unwillkürliche Empfindungs-Complexe entstehen lässt. Wie der Farbenhörer ohne weiteres Farben mit Tönen verknüpft (so bemerkte eine junge Japanerin: „Die Knabenstimme ist roth!“), so fühlt der Conträre geschlechtliche Reizung in Verbindung mit Objecten, die normaler Weise ohne sexuelle Betonung sind. Wie die „audition colorée“ findet sich Inversion häufiger bei jungen Menschen und neigt nach der Pubertät dazu, weniger hervorzutreten oder zu verschwinden. Farbenhören kann, obwohl es eine Abnormität ist, nicht als ein krankhafter Zustand betrachtet werden, was ich ausdrücklich betone, und es findet sich viel seltener in Begleitung von anderen abnormen oder degenerativen Erscheinungen als die Inversion.

Alle eben zur Erläuterung der Inversion erwähnten Eigenthümlichkeiten sind Abnormitäten. Es ist von Wichtigkeit, sich eine klare Vorstellung davon zu machen, was eine Abnormität ist. Man nimmt vielfach an, was abnorm ist, müsse auch nothwendiger Weise krankhaft sein. Das ist nicht der Fall, wenn man dem Begriffe des Pathologischen nicht einen unzulässig

und unberechtigt weiten Umfang giebt. Es ist ebenso unzulässig wie inexact, von Farbenblindheit, Genialität und Verbrecherthum als von Krankheiten zu reden, in demselben Sinne, wie von Scharlach, Tuberculose oder progressiver Paralyse. Jede angeborene Abnormität ist ohne Zweifel auf eine Besonderheit der Sperma- oder Ovulum-Elemente zurückzuführen, oder auf eine solche ihrer Verschmelzung, oder schliesslich auf eine Störung in ihrer ersten Entwicklung. Aber dasselbe gilt auch für die ganz normalen Unterschiede zwischen Geschwistern. Es ist ganz richtig, dass jede dieser Abweichungen auf eine vor der Geburt vorhandene Krankheit zurückdeuten kann, aber das entscheidet noch nichts für die Lösung der Frage.

Wenn man in dieser Beziehung Autoritäten anrufen will, so lässt sich kaum eine gewichtigere finden, als die Virchow's, der wiederholt die Berechtigung betont hat, von Anomalien zu sprechen und der lehrt, dass eine Anomalie zwar eine Krankheits-Disposition darstellen kann, dass aber das Studium der Anomalien — Pathologie nach seiner Bezeichnung, Teratologie, wie ich lieber sagen möchte — nicht dasselbe ist, wie das Studium der Krankheiten, die Nosologie: die Wissenschaft vom Abnormen ist durchaus verschieden von der Wissenschaft vom Krankhaften.

Virchow betrachtet das Gebiet des Abnormen als das der Pathologie und will die Lehre von den Krankheiten besonders als Nosologie behandelt wissen; es ist von untergeordneter Bedeutung, ob wir diese Terminologie annehmen oder ob wir die Lehre vom Abnormen als Theil der Teratologie betrachten. Die richtige Auffassung des Begriffs der Anomalie und seine Abgrenzung von dem der Krankheit ist davon unabhängig.

Ich habe noch kurz auf die Beziehung zwischen Inversion und Degeneration einzugehen. Seit Morel spricht man, besonders in Frankreich, viel von den Entartungszeichen und betrachtet gewöhnlich die sexuelle Inversion ohne weiteres als ein solches, d. h. als ein episodisches Syndrom hereditärer Erkrankung, das mit anderen psychischen Stigmaten, wie Kleptomanie und Pyromanie auf eine Stufe zu stellen wäre. Es ist sehr zweifelhaft, ob man berechtigt ist, die Inversion mit diesen Stigmaten in eine Reihe zu stellen, ebenso wie diese Subsumirung der Farbenblindheit fragwürdig wäre. Gewiss findet sich die Inversion oft mit und neben anderen Anomalien, die uns berechtigen, von Degeneration zu reden, aber ich stimme auf Grund meiner persönlichen Erfahrung mit Moll überein, dass Inversion bei im Uebrigen gesunden und normalen Individuen vorkommen kann. Es ist gewagt, Jemanden auf Grund eines einzelnen Zeichens für einen Degenerirten zu erklären. Wir müssen an dem sicheren Grundsatze festhalten, dass eine einzelne Anomalie noch nichts für Degeneration beweist; Abnormitäten müssen sehr ausgeprägt und mehrfach vertreten sein, wenn sie als Anzeichen der Degeneration gelten sollen. Wo wir einen Complex wohl ausgeprägter abnormer Merkmale finden, sind wir wahrscheinlich berechtigt, zu sagen, dass wir es mit einem Zustande von Entartung zu thun haben. In solchen Zuständen findet man häufig sexuelle Inversion. Aber diese Abweichungen der Conträren sind nicht nothwendiger Weise so ausgesprochen, um als stigmata degenerationis bezeichnet zu werden; man müsste sonst den wissenschaftlichen Gebrauch dieses Worts aufgeben, wie es ja in der

That ein blosser Bestandtheil, oft ein sehr missbräuchlicher, des journalistischen Tages-Jargons zu werden droht.

Die sexuelle Inversion ist also eine angeborene Anomalie, die unter Umständen ein Theil eines Zustandes sein kann, der als degenerativ bezeichnet werden darf. In den günstigsten Fällen bedeutet eine derartige Anomalie eine Anlage zur Inversion. Möglicherweise gehen viele Menschen mit einer angeborenen Prädisposition dieser Art durch's Leben, die immer latent und ruhend bleibt: bei anderen ist der Trieb so stark, dass er trotz aller Hindernisse zum Durchbruch kommt; in anderen Fällen ist schliesslich die Anlage geringer und die Gelegenheitsursachen spielen die erste Rolle. So gelangen wir zur Erörterung der Ursachen, welche die schlummernde Prädisposition zur Entwicklung bringen. Man hat die verschiedensten Einflüsse dafür verantwortlich machen wollen. Ich will hier nur diejenigen nennen, welche ich selbst als einflussreich gefunden habe. Die wichtigste ist ohne Zweifel das heutige Schulsystem mit seiner Trennung der Mädchen und Knaben während der wichtigen Lebensabschnitte der Pubertät und des frühen Jünglingsalters. Ein Conträrer kann seine ganze Schulzeit ohne Anknüpfung jeder sexuellen oder erotisch-leidenschaftlichen Beziehung durchmachen, aber sehr viele andere unter ihnen datiren die Entwicklung ihrer Neigung zum eigenen Geschlecht von ihrer Schulzeit, ihren Einflüssen und Beispielen her; diese Eindrücke werden, wenn sie auch bloss sentimental und ohne jede sexuelle Färbung sind, doch nicht weniger mächtig. Ob sie stark genug sind, für sich allein eine dauernde Inversion hervorzurufen, kann zweifelhaft sein, aber wenn es wahr ist, dass in früher Jugend der Geschlechtstrieb eine weniger bestimmte Richtung hat, als nach Vollendung der geschlechtlichen Reife, so wird das ziemlich wahrscheinlich.

Eine andere wichtige Gelegenheitsursache ist die Verführung. Ich verstehe darunter die Einweihung eines Knaben oder Mädchens durch ein älteres erfahrenes Individuum, bei dem eine voll entwickelte Inversion besteht und das die Befriedigung seines abnormen Instincts sucht. Dieser Fall scheint in der Geschichte Conträrer ziemlich häufig vorzukommen. Dass ein solcher Versuch der Verführung, der manchmal nur ein plötzlicher und unüberlegter Act einer bloss sinnlichen Befriedigung ist, für sich allein einen Geschmack an conträren Practiken hervorrufen sollte, ist höchst unwahrscheinlich; in nicht abnorm veranlagten Individuen wird er wahrscheinlich Widerwillen hervorrufen, wie in dem Jugenderlebnisse J. J. Rousseau's. Moll ist der Meinung, dass nur der verführt werden kann, der der Verführung zugänglich ist. Gewiss geht es dabei häufig so her, wie in den Fällen normal-geschlechtlicher Verführung, dass der Verführte den Verführer bewusst oder unbewusst aufgemuntert hat.

Eine andere, die schlummernde Inversion weckende Veranlassung, die gewöhnlich kaum beachtet wird, die meiner Erfahrung nach jedoch Bedeut, ung besitzt, ist getäuschte Liebe zum anderen Geschlecht. Es kommt vor dass ein Mann, bei dem der conträre Trieb erst latent vorhanden ist, oder noch ganz im Hintergrunde steht, ein Verhältniss mit einem Weibe anzuknüpfen sucht. Dieses Verhältniss kann auf einer Seite oder auf beiden glühend sein, aber es kommt — gewiss oft in Folge der latenten Homosexualität des Mannes — zu nichts. Solche Täuschungen erlebt in mehr

oder weniger acuter Form früher oder später auch fast jeder normale Mann. Aber bei diesen abnormen Menschen wird die bei einem Weibe erfahrene Enttäuschung ein Motiv, das stark genug ist, ihm das ganze andere Geschlecht zu verleiden und seine Neigung dem eigenen Geschlechte zuzuwenden. Offenbar kann ein Trieb, der in dieser Weise völlig verkehrt werden kann, nicht stark sein, und manchmal hat die Episode einer normalen Liebe vielleicht nur die Bedeutung, dem Individuum zu zeigen, dass es nicht für sie gemacht ist.

In anderen Fällen, besonders bei psychisch schwachen und disäquilibrirten Menschen, vergiftet wirklich eine Enttäuschung in der Liebe den normalen Trieb, und eine mehr oder weniger impotente Liebe zum Weibe wird eine ebenso impotente Liebe zum Manne.

Das häufige Vorkommen der Homosexualität unter Prostituirten ist zum grössten Theile wohl durch einen ähnlichen und besser begründeten Widerwillen gegen den normalen Geschlechtsverkehr zu erklären.

Diese drei Factoren (Beispiele in der Schule, Verführung, Enttäuschung in der normalen Liebe), welche das ihrem Einflusse ausgesetzte Individuum dem anderen Geschlecht entfremden und dem eigenen nähern, sind starke Gelegenheitsursachen der Inversion; aber sie verlangen in den meisten Fällen eine entwicklungsfähige organische Anlage, auf welche sie wirken können; in vielen anderen Fällen lässt sich keine excitirende Ursache nachweisen, sondern es besteht von der ersten Kindheit an eine Neigung zum eigenen Geschlecht.

Ich schliesse damit die psychologische Analyse der geschlechtlichen Inversion, wie ich sie kennen gelernt habe. Ich habe nur die Hauptzüge berücksichtigt und habe auch diejenigen Gruppen Conträrer bei Seite gelassen, die eine nur secundäre Wichtigkeit haben. Der durchschnittliche Conträre, wie er sich im menschlichen Leben bewegt, ist, soweit mein Material reicht, durchaus nicht nothwendigerweise ein Geisteskranker oder nur ein Degenerirter, obgleich in seiner Ascendenz und Familie sehr häufig neuropathische Veranlagung vorkommt. Er ist gewöhnlich der Träger einer angeborenen prädisponirenden Anomalie oder einer Gruppe geringfügiger Abnormitäten, die es ihm unmöglich machen, sich von dem anderen Geschlechte erotisch angezogen zu fühlen. Diese Anomalie entwickelt sich entweder spontan von vornherein, oder sie wird durch irgend einen accidentellen Umstand veranlasst, sich zu bethätigen.

II. Bibliographie.

IV) **Paola Lombroso**: Saggi di psicologia del bambino.
(Torino 1894. 284 Seiten)

Die Verfasserin, eine Tochter C. Lombroso's, tritt hier mit Erfolg und Bescheidenheit zugleich als wissenschaftliche Kämpin auf. Sie beschränkt sich nicht darauf, schon Bekanntes zusammenzulesen, sondern sie hat sehr viele eigene Beobachtungen an kleinen Kindern gemacht und versteht es, dieselben nicht nur meist richtig psychologisch su interpretiren, sondern aus

den gesammelten Erfahrungen wieder zu abstrahiren, so dass das Buch als eine werthvolle Gabe zum schwierigen Kapitel der Kinderpsychologie begrüsst werden kann. Ueberall zeigt sich Verfasserin als sehr belesen und höchst interessant sind die Vergleiche der Psychologie der wilden Völker mit der der Kinder. Die gesammte Entwicklung des Menschen in geistiger Hinsicht spielt sich in der Entwicklung des Kindes ab und alles ist auf Sparung der Kräfte abgesehen. Im Keime zeigen sich schon früh die späteren Eigenschaften und die Individualität macht sich bald geltend. In einzelnen Kapiteln wird so die Entwicklung der Sprache, des Intellects, der Moral angeführt und nebenbei darauf aufmerksam gemacht, dass schon vor der Sprache Intellect da ist. Interessant sind die Fälle wirklicher Liebe und Anhänglichkeit, während anfangs Liebe meist nur sehr egoistisch ist. Die Grausamkeit wird auf Nichtverständniss des Schmerzes zurückgeführt. Interessant und werthvoll ist das Herbeiziehen der Kinderspiele und schriftlichen Aufzeichnungen, die psychologisch sicher noch zu wenig ausgebeutet sind. Als Anhang sind 12 Biographien von Kindern beigegeben, die das Vorgetragene noch weiter erhärten sollen.

Näcke (Hubertusburg).

V) **Ludwig Mann** (Breslau): Ueber den Lähmungstypus bei der acuten Hemiplegie.

(Samlung klin. Vortr. 1895, Nr. 132.)

Eine sehr beachtenswerthe Arbeit, die sich auf einem älteren Aufsatze von Wernicke aufbaut. Letzterer hatte 1889 nachgewiesen, dass in so gut wie allen Fällen von Hemiplegie die anfangs über das ganze Bein verbreitete Lähmung sich allmählich zurückbildet und sich dann noch auf von Verf. so genannte „Prädilectionsmuskeln“ beschränkt. Verfasser hat nun diese Prädilectionsmuskeln genauer studirt, sowohl am Bein, wie am Arm und Schultergürtel und ist zu dem sehr beachtenswerthen Ergebniss gekommen, dass sie immer functionell zusammengehörige, eine physiologische Bewegungseinheit darstellende Muskelcomplexe sind. Er hat das im Einzelnen in seiner Arbeit auseinandergesetzt und zum Theil durch Abbildungen erläutert. Es giebt solche Muskelcomplexe, welche in der grössten Zahl der Fälle dauernd gelähmt sind; andere, die vollständig intact bleiben. Zu den letzteren gehört z. B. der Mechanismus, der dem Schliessen der Hand, und derjenige, welcher der Einwärtsrollung der ganzen oberen Extremität dient, zu den ersteren der Mechanismus der Handöffnung und der der Auswärtsrollung des Armes. Eine Erklärung dieser interessanten Eigenschaft der Hemiplegie, bestimmte functionelle Einheiten zu befallen, bestimmte andere freizulassen, verspricht Verf. für später. Erlenmeier.

VI) **v. Krafft-Ebing**: Nervosität und neurasthenische Zustände. Nothnagel's specielle Pathologie und Therapie. XII. Bd., II. Theil.

(Wien 1895. Alfred Hälder.)

Das Werk v. Krafft-Ebing's lässt sich mit wenigen Worten characterisiren: Es entspricht in Form und Inhalt völlig den Erwartungen, die man bei einem Autor von der wissenschaftlichen Stellung und Erfahrung des Verfassers hegen konnte. Was bei der Lectüre des Buches besonders

wohlthuend berührt, das ist, dass uns in demselben überall der Geist wahrer ärztlicher Humanität entgegentritt, jener Geist, der in dem Kranken nicht eine Erwerbsquelle erblickt, sondern immer Gegenstand des Mitgefühles und pflichtbewusster Fürsorge, deren Ziel die dauernde Befreiung des Leidenden von der Misere seines Zustandes bildet.

Von Einzelheiten können wir hier nur die Stellung des Autors zu einer Frage berühren, welche demnächst wohl auf dem Gebiete der Neurasthenie im Vordergrunde der Discussion stehen wird. Bekanntlich hat Freud vor Kurzem sich dafür erklärt, dass von der Neurasthenie die Angstsymptome und Zwangsvorstellungen abzusondern und zwei besonderen Neurosen, einer Angstneurose und einer Zwangsneurose einzuverleiben seien. Der Angstneurose kommt nach Freud auch eine specifische sexuelle Aetiologie zu: Ablenkung der Sexualerregung vom Psychischen. v. Krafft-Ebing hat sich durch die Freud'schen Darlegungen nicht bestimmen lassen, die verschiedenen Angstzustände von der Neurasthenie abzusondern; er geht überhaupt auf die Freud'sche Angstneurosetheorie nicht ein, bemerkt jedoch, dass die Affecte der Angst ganz besonders da erscheinen, wo die Krankheit aus sexellem Missbrauch sich entwickelt hat oder von Störungen der sexuellen Function begleitet wird. Auch die Zwangsvorstellungen der Neurasthenischen führt v. K.-E. nicht als Symptom einer complicirenden Neurose, sondern als in das Gebiet der Neurasthenie selbst gehörige Erscheinungen an. Möbius, welcher mit Magnan die Zwangsvorstellungen als Stigmata hereditalis auffasst, giebt der Autor nur insofern Recht, als die Zwangsvorstellungen fast ausschliesslich bei constitioneller Neuropathie auf Grund schwerer Belastung vorkommen. „Aber wo dies geschieht, findet sich regelmässig ein Zustand temporärer oder auch dauernder reizbarer Schwäche des Centralnervensystems und erst mit dessen Beseitigung treten die Zwangsvorstellungen zurück. Dieser neurasthenische Zustand ist somit das Ausschlaggebende, und insofern gehören die Zwangsvorstellungen in das Gebiet der neurasthenischen Neurose.“ Auch für das Auftreten von Zwangsvorstellungen bei erworbener (gezüchteter) Neurasthenie fand v. K.-E. geschlechtliche Excesse, speciell Onanie, besonders belangreich. L. Löwenfeld.

VII) **Ziegelroth** (Assistenzarzt im Dr. Lahmann'schen Sanatorium): Die Nervosität unserer Zeit, ihre Ursachen und Abhilfe. Eine socialhygienische Studie.

(Stuttgart 1895. A. Zimmer's Verlag.)

Ziegelroth beschäftigt sich in obigem Schriftchen in der Hauptsache mit der Aetiologie und Prophylaxe der Nervosität. Seine Ausführungen bewegen sich vorwaltend auf dem Boden jener Theorien, welche sich die einseitigen Anhänger der sogenannten Naturheilmethode für ihre Praxis zurechtgelegt haben. Wir finden daher neben treffenden Bemerkungen auch manches Haltlose, so z. B. die Behauptung, dass die fleischlose Diät den besten Schutz gegen Nervosität bietet. Der Nachdruck, mit welchem der Verfasser gegen verschiedene offenbare Uebelstände (so den Biercultus unserer studirenden Jugend) zu Felde zieht, lässt uns jedoch annehmen, dass die Verbreitung der Schrift unter den Gebildeten trotz ihrer Mängel nicht ganz ohne Nutzen sein würde.

L. Löwenfeld.

VIII) P. Londe: Hérédo-ataxie cérébelleuse.
(Paris 1895.)

Die Monographie giebt eine eingehende Darstellung der Krankheitsform, welche zuerst von Marie als hereditäre cerebelläre Ataxie von der Friedreich'schen Krankheit abgetrennt, jetzt nach etwa zwei Dutzend vorliegender Beobachtungen, besonders von Brissaud und Londe in ihrem Wesen präcisirt und festgelegt worden ist.

Die Gruppe der hereditären Ataxieen kann in zwei Unterabtheilungen zerlegt werden, in eine medulläre (Friedreich'sche) und eine cerebelläre (Marie'sche) Form. Eine scharfe Trennung lässt sich hier nicht durchführen, Beide Arten können sich gelegentlich mit einander compliciren, oder es kann auch ein Fall von vornherein cerebello-medullär verlaufen.

Die cerebelläre Form beginnt gewöhnlich später als die Friedreich'sche, meist erst nach dem 20. Jahre. Die Vererbungsgefahr ist also hier grösser als bei letzterer, da viel mehr der Disponirten zur Ehe gelangen Sie beginnt häufig mit einer „prämonitorischen" Neurasthenie. Das atactische Stadium zeigt zuerst gestörte Equilibration beim Gange, später wird das Gehen ganz unmöglich, das Stehvermögen ist jedoch bei künstlich hergestelltem Gleichgewichte noch erhalten, im letzten Stadium verschwindet auch dieses und es treten Contracturen der Beine auf. Das Romberg'sche Phänomen ist nicht vorhanden. Die Ataxie der Beine, welche in erster Linie die Erhaltung des Körpergewichts stört, wird in horizontaler Lage viel geringer. Der Verlauf des Leidens, besonders in der ersten Periode (allein 20 Jahre und mehr), ist ein sehr langsamer. Einige Jahre nach Beginn der Gehstörung treten auch Ataxieen in den oberen Extremitäten auf. Die Ataxie in den Händen äussert sich intentionstremorartig. Ausserdem finden sich choreiforme Bewegungen, fibrilläre Muskelzuckungen, starke Mitbewegungen der Gesichtsmuskulatur beim Sprechen. Die Sprache pflegt saccadirt, unarticulirt zu sein, die Stimme monoton. Das ganze Krankheitsbild nähert sich ungemein dem der multiplen Herdsclerose, event. mit cerebellärer Localisation. Manchmal besteht anfallsweise Schwindelgefühl, Muskelsinn, Muskelkraft und Sensibilität sind nicht beeinträchtigt. Die Sehnenreflexe sind fast immer verstärkt Sehr häufig sind Störungen des Sehorgans zu beobachten (Veränderungen des Augenhintergrundes, Sehnervenatrophie, träge Lichtreaction der Pupillen, Gesichtsfeldeinengung, Dyschromatopsie, Herabsetzung der Sehschärfe, Ataxieen und Paralysen der Augenmuskeln). Diese Augenaffectionen hielt Marie für besonders wichtig für die Diagnose. Aus Londe's Beobachtungen geht jedoch hervor, dass sie auch sämmtlich fehlen können. Zu diesen Symptomen gesellen sich meistens die Erscheinungen einer begleitenden Hysteroneurasthenie.

Der Exitus erfolgt immer durch intercurrente Krankheiten, besonders häufig durch Lungentuberculose.

Pathologisch-anatomisch ist noch wenig festgestellt. Stets findet sich Atrophie des Kleinhirns, besonders seiner oberen Abschnitte. Die Entartung der Kleinhirnbahnen des Rückenmarks geschieht aufsteigend.

In der Einleitung finden sich interessante Beiträge zur Hereditätslehre, insbesondere des Nervensystems. Jentsch.

IX) **Widerhold** (Wilhelmshöhe): Nervenschwäche, ihr Wesen und ihre Behandlung. Beiträge aus der Praxis.

(Wiesbaden, Bergmann's Verlag 1895, 29 Seiten.)

Die kleine, in 15 Abschnitte zerfallende Broschüre ist eine Erweiterung der Anschauungen über den ursächlichen Zusammenhang von „Unterleibsstockung" und Nervenschwäche, die Verf. schon früher in einem Aufsatze über „Voricoccle und Neurasthenie" vorgetragen hat. Er ist so sehr von der Richtigkeit dieser seiner Anschauung in allen Fällen überzeugt, dass er seiner Arbeit das Motto vorgesetzt hat: „Der Uebel grösstes, es ist die Stauung". Seine Therapie neurasthenischer Zustände ist dabei auch lediglich eine „depletorische", Unterleibsmassage, Electrotherapie des Unterleibs, Sitzbäder. Das letzte Kapitel der Broschüre enthält eine „Schlussermahnung zur Geduld für Patienten, deren Angehörige und den Arzt." Der Leser ist dabei vergessen worden.

Erlenmeyer.

X) **Albert Behr** (Riga): Ueber die schriftstellerische Thätigkeit im Verlaufe der Paranoia.

(Samml. klin. Vorträge, Nr 134, 1895.)

Eine fleissige Arbeit über die Schreibweise der Paranoiker, besprochen einmal nach Form und Inhalt der Schriftstücke, dann in Bezug auf die einzelnen Krankheitserscheinungen. Auffallend ist, dass eine so minutiös-specialistische Arbeit in der Sammlung klinischer Vorträge erschienen ist.

Erlenmeyer.

XI) **Freund**: Wie steht es mit der Nervosität unseres Zeitalters?

(Leipzig 1894)

In der nicht eigentlich medicinisch, sondern mehr allgemein gehaltenen Broschüre wird der Nachweis versucht, wie die moderne Nervosität nur ganz bestimmte Berufszweige und Beschäftigungsklassen befällt (Fabrikpersonal, Eisenbahn-, Telegraphen-, Telephon-, Postbeamte, Schauspieler, Musiker, Sänger, Journalisten, Bank- und Börsenmänner, Militärs und Aerzte). Als nähere Ursachen werden Berufsüberbürdung, Aufregungen und Nahrungssorgen, als entferntere unsere heutigen socialen Einrichtungen, Schule, Ehe, Erziehung, modernes Schauspiel etc. angegeben. Im Gegensatze hierzu folgt nun die interessante Mittheilung, dass die Angehörigen der anderen Berufsarten nicht nur gar keine Ursache hätten, nervös zu werden, sondern „dass im Allgemeinen die Mehrzahl der heute in der modernen Gesellschaft lebenden und arbeitenden Menschen nervenkräftiger, widerstandsfähiger und damit leistungstüchtiger ist, als die früheren Generationen, und dass wir diesen Vorrang unseren fortgeschrittenen Cultureinrichtungen, zu denen die öffentliche Hygiene hervorragend gehört, verdanken".

Diese eigenartige Zweitheilung, wonach unsere Pianisten und Eisenbahnsecretäre mit entschuldbarem Neide auf die Advokaten, Oberkellner und Weinreisenden zu blicken hätten, braucht wohl nicht weiter verfolgt zu werden. Was aber eine solche unmittelbar ursächliche Verknüpfung des modernen Kulturfortschrittes mit der heutigen Nervenbeschaffenheit betrifft, so muss dagegen protestirt werden.

Es besteht die ganz ungerechtfertigte Neigung, den gegen früher rapiden Kulturzuwachs mit den allerverschiedensten Erscheinungen in causale Verbindung zu bringen. Dabei wird immer übersehen, dass es sich hier doch nicht um absolute, sondern um sehr relative Veränderungen handelt, für welche unsere Zeit genau das gleiche Verdienst zu beanspruchen hat, als eben jede andere Periode der Vergangenheit und der Zukunft auch. Dazu kommt, dass die menschliche Psyche alledem, was zu der zugehörigen Persönlichkeit in besonderer Beziehung steht, also auch der Epoche, in der sie lebt, und ihren Leistungen schon an sich einen exceptionellen Werth zuzusprechen geneigt ist. Es ist dies eine Art normalpsychologischen Excesses, welcher sich von Zeit zu Zeit immer wieder in ganz concreten Beispielen zeigt. Es scheint demnach verfehlt, aus einem so allgemeinen Gesetze die Entstehung solcher Phänomene, wie sie der neurasthenische Zug unseres Zeitalters darstellt, ableiten zu wollen. Ja, man wäre gar nicht in der Lage, nachzuweisen, ob etwa die Nervosität heutzutage häufiger oder intensiver auftritt als früher (wobei zu bemerken ist, dass ja gerade dieses Leiden in unzähligen Fällen schon durch das blosse Reden davon hervorgerufen wird), wenn nicht der immer stärker ansteigende Verbrauch der alcoholischen Getränke und die beständige Zunahme gewisser Psychosen den Gedanken nahelegten, dass sich gegenwärtig eine Verschiebung der verschiedenen pathologischen Summanden zu Ungunsten desjenigen des Nervensystems geltend macht. Daraufhin etwa annehmen zu wollen, dass dieses Verhalten Ausgangspunkt einer neuartigen Entwicklungsrichtung werde, wie es die Anhänger der Lehre von der fortschreitenden Degeneration belieben, ist aber so grundlos, als z. B. die immer wieder ganz ernsthaft ausgesprochene Befürchtung, die Erde könne übervölkert werden und dergl. Hier wie dort handelt es sich lediglich um circuläre Vorgänge, in deren aufsteigender Phase wir uns eben befinden, und welche in ihrem Verlaufe von einer Reihe mit Sicherheit auftretender Compensationsmechanismen bestimmt werden.

Klarheit in diesen Dingen wird erst dann herrschen, wenn wir einmal auch eine historische Forschung besitzen werden, welche von naturwissenschaftlich deterministischen Gesichtspunkten ausgeht.

Jentsch.

XII) **Arndt**: Biologische Studien. II. Artung und Entartung. (Greifswald 1895, p. 312.)

Verf. hat es unternommen, die Entstehung der Artungen und der Entartungen auf Grund von eingehenden botanischen, geologischen, anthropologischen und geschichtlichen Kenntnissen darzustellen. Seine Diction ist glänzend, seine Dialectik bestechend und doch muss vieles cum grano salis genossen werden, da viele Einseitigkeiten und ungerechtfertigte Verallgemeinerungen sich vorfinden. Trotzdem daher das Buch höcht interessant und anregend wirkt, so ist es für den Laien doch nicht ungefährlich. Schon, dass Verf. die Darwin'sche Theorie als fast absolute Sicherheit hinstellt, ist bedenklich. In dem ersten Theile des Werkes werden des Genaueren die Artungen einiger bekannter Pflanzen und Thiere dargestellt und zu beweisen versucht, wie besonders das Milieu, viel weniger die Ver-

erbung wirkt. Dadurch wird die Constitution abgeändert, damit die Function und der Körper, und zwar um so mehr, je widerstandsfähiger der Organismus geworden ist. Hier wirkt ganz besonders die Bodenerhebung und auch der Mensch ändert sich ähnlich ab. Mit der Bodenerhebung verdünnen sich die Gliedmassen, die Kauwerkzeuge, es tritt Brachycephalie ein. Auch die Behaarung, Pigmentirung, der Character wird anders. Der Tieflandsbewohner ist conservativ, der Gebirgsbewohner culturbefördernd, aber nicht gerade anhaltend, die in der Mitte Stehenden sind die wahren Culturträger, also die Mitteldeutschen, Mittelslaven etc. Anthropologisch und sociologisch lässt sich vieles einwenden, besonders dagegen, dass Brachy- und Dolichocephalie vorwiegend von der Bodenerhebung abhängen soll. Weiter werden die Entartungen bei Pflanzen, Menschen und Thieren beschrieben. Sie folgen dem biologischen Grundgesetz, dass erst Hyper-, dann Hypo-, zuletzt Anergesien-plasien-trophien etc. erfolgen. Durch eine Kräftigung des Körpers kann aber auch eine Ausartung, eine Regeneration, ein Rückschlag in alte Formen erfolgen. Der Entartung entsprechen morphologische und functionelle Stigmata degenerationis, die von ungeheurem Werthe sind. Das Genie ist eine Entartung, die verbreitetste Stigma ist die Chlorämie und die dadurch bedingte Neurasthenie mit ihrem Gefolge. Die Städter sind mehr minder entartet, die Landbewohner am gesündesten. Ein Entartungszeichen ist die moderne Frauenbewegung, das Parteiwesen, die Revolutionen etc. Die Kretins, Halbkretins, Kretinoiden etc. werden näher geschildert. Fast überall könnte man Einwendungen machen. Der Hauptvorwurf ist aber eine zu grosse Betonung des Milieus, eine zu hohe Bewerthung der morphologischen Degenerationszeichen und eine zu ausgedehnte Anwendung der Begriffe: Neurasthenie, Entartung, Paranoia, Moral insanity und Chlorämie.

Näcke (Hubertusburg).

XIII) **G. Treubel** (Freiburg i. B.): Die Bewegungsstörungen im Kehlkopfe bei Hysterischen. Aus der medicinischen Universitätsklinik und der Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke zu Freiburg i. B.

(Jena. G. Fischer, 1895.)

Der Verfasser beschäftigt sich in der 136 Seiten umfassenden Arbeit an der Hand der laryngologischen Litteratur und eigener Beobachtungen mit den wichtigsten bei Hysterischen vorkommenden Bewegungsstörungen im Kehlkopfe: dem Laryngospasmus, dem nervösen Kehlkopfhusten, den bei der Respiration und Phonation auftretenden Coordinationsstörungen der Bewegungen im Kehlkopfe, der hysterischen Aphonie und schliesslich dem nicht hierher gehörigen hysterischen Mutismus. Die Behandlung der einzelnen Affectionen ist jedoch eine sehr ungleichmässige: während die wichtigste derselben, der Laryngospasmus auf 3 Seiten und der Mutismus auf 5 Seiten eine recht dürftige Darstellung erfährt, werden der Aphonie 51 Seiten mit zum Theil sehr weitschweifigen Erörterungen gewidmet. Was die Abtrennung der respiratorischen Coordinationsstörungen (des inspiratorischen functionellen Stimmritzenkrampfes der Autoren) von dem Laryngospasmus betrifft, so erscheint uns dieselbe nicht genügend gerechtfertigt. Es handelt sich hierbei meist um Störungen, welche, wie der Autor selbst

angiebt, vorwiegend das Inspirium betreffen und auf eine krampfartig Contraction der Adductoren sich zurückführen lassen. Je nach dem Grad der durch diesen Krampf bedingten inspiratorischen Verengerung der Glotti schwankt die mit Stridor verbundene inspiratorische Dyspnoe; die Phonatio ist dabei meist ungestört.

Bezüglich der phonetischen Coordinationsstörungen (der Aphoni spastica) bemerkt der Autor, dass nach seiner Ansicht zwischen den au Hysterie beruhenden Formen derselben und den als hysterische Aphoni bezeichneten Erkrankungen ein principieller Unterschied nicht besteht „Wir möchten sie beide als aus einer fehlerhaften, im ersten Falle zu starken, im zweiten zu schwachen Innervation hervorgegangen betrachten und wir möchten ausdrücklich betonen, dass wir bei ein und demselben Patienten beide Formen beobachten konnten, je nachdem wir ihn meh hauchend oder mehr quetschend intoniren liessen, während es ihm zunächst auf keine Weise gelang, in normaler Weise zu phoniren. Es können als die Erscheinungen der Parese und die des Krampfes abwechseln."

Das wichtigste bei der spastischen Aphonie ist die Stimmstörung die Stimme ist klanglos, wie gequetscht, und der Patient ist, je mehr e sich anstrengt, um so weniger im Stande, einen Ton hervorzubringen. Auch die Flüsterstimme ist unmöglich. Dabei besteht mitunter ein zusammen schnürender oder drückender Schmerz im Kehlkopf und Brustbeklemmung Während der Phonation ist die Athmung behindert, im Uebrigen jedoch durchaus normal. Häufig begleiten den Stimmritzenkrampf spastische Stör ungen in anderen Nervengebieten, Zuckungen der Gesichts- oder Hals muskeln etc. Laryngoscopisch zeigt sich nichts Abnormes, so lange de Kranke nur athmet. Bei Phonationsversuchen rücken die Stimmbände rasch zusammen und schliessen sich entweder ganz oder theilweise fest a einander oder sogar übereinander.

Die laryngoscopischen Bilder, welche die hysterische Aphonie liefert sind, wie Tr. darlegt, zahl- und formenreich; Tr. führt 10 verschieden Typen an. In der Killianschee Poliklinik in Freiburg wurue bei 70 se 1887 beobachteten Fällen am häufigsten das Bilh der Parese sämmtlich Glottisschliesser und Stimmbandspanner, demnächst der Parese des Trans vessus, viel seltener das combinirte Bild der Internus- und Transversus parese gefunden. Mit Gerhardt ist der Autor der Meinung, dass auf di Art dieser Bilder kein besonderer Werth zu legen ist. Dagegen unter scheidet er vom practischen Standpunkte aus nach M. Schmidt 3 Grade de hysterischen Aphonie. 1. Grad: Die Stimme erscheint sofort bei de laryngoscopischen Untersuchung wieder, versagt aber nach der Untersuchun von Neuem. 2. Grad: Die Stimme kommt nicht währenb der Untersuchun zum Vorschein, die Kranken vermögen nur zu flüstern. 3. Grad: Es komm nicht immer eine Flüsterstimme zu Stande.

Als wirksamstes therapeutisches Verfahren sowohl bei der spastische als der paralytischen Aphonie fand Tr. eine rein psychische Behandlun in Verbindung mit methodischen Stimm- und Athmungsübungen. De Schluss der Arbeit bildet ein umfängliches Litteraturverzeichniss, in welche sonderbarer Weise die Hauptwerke über Hysterie keine Erwähnung finde Der Gedanke, dass in diesen Werken auch Derjenige manche nützlich

Aufklärung finden kann, der nicht nur mit gewissen Gruppen hysterischer Stör ungen sich befasst, scheint dem Autor ganz ferne gelegen zu haben.

Wir können die Lectüre der Schrift allen Denjenigen, welche sich genauere Informationen über die hysterischen Motilitätsstörungen des Kehlkopfes verschaffen wollen, nur empfehlen,

L. Löwenfeld.

XV) **Ph. Chaslin**: La confusion mentale primitive — stupidité, démence aiguë, stupeur primitive.

(Paris, Assalin et Houzeau, 1895.)

Endlich ist die französische Litteratur in den Besitz einer Monographie der Amentia gelangt, einer Krankheit, die Delasiauve sehr wohl gekannt, die man aber dann jenseits der Vogesen mehr oder weniger vergessen hat. Schon wiederholt hat Mr. Chaslin zu erkennen gegeben, wie eifrig er bemüht ist, die Erinnerung an die Verwirrtheit seinen Landsleute ins Gedächtniss zurückzurufen. Wir begrüssen die neue umfassende Bearbeitung, die er im verliegenden Büchlein dem Lieblingsgegenstand seiner Studien angedeihen liess, mit freudigem Interesse.

Der erste Theil des Buches behandelt die historische Entwicklung der wichtigen Krankheit in der französischen, deutschen, russischen, englischen, amerikanischen und italienischen Litteratur. Im zweiten Theile finden wir eine genaue klinische Schilderung des Leidens. Der Verfasser trennt die confusion mentale primitive idiopathique scharf von den confusions mentales primitives symptomatiques ab. Als Symptom findet sich die Verwirrtheit in Verbindung mit Typhus, Erysipelas, Rheumatismus, bei Rabies, Urämie, Diabetes, Gicht, bei Herzkrankheiten, Alcoholismus, chronischem Ergotismus, bei vielen Gehirnleiden, bei progressiver Paralyse, verschiedenen Formen des Schwachsinns, bei Basedow'scher Krankheit, psychischen Störungen in Folge von Kälte oder von Hunger, bei epileptischen, hysterischen, neurasthenischen Zuständen u. a. m.

Als besondere Krankheit hat die Verwirrtheit einen typischen Verlauf. Die Krankheit hat ein Vorstadium, in dem die Patienten über Kopfweh, Schwindel, Mattigkeit, Verdauungsstörungen klagen, elend aussehen, schlecht schlafen, gedrückt, ängstlich, unruhig oder närrisch und apathisch sind. Dies Vorstadium kann nur Stunden und Tage, aber auch Wochen dauern. Dann setzt die Psychose brüsk ein, entweder mit gewaltiger Erregung — in diesem Falle benehmen sich die Kranken wie Manische, wie Angstmelancholische, ja ihr Furor kann dem früher als Delirium acutum bezeichneten Zustand entsprechen. Oder die Psychose debütirt mit Stupor. Die Verwirrtheit ist anfangs nur skizzirt, später wird sie zum Hauptsymptom Die Desorientirtheit und Incohärenz können mit Wahnideen, Hallucinationen und Illusionen verbunden sein; oft sind aber Sinnestäuschungen und Wahnideen nur angedeutet, sie können auch ganz fehlen.

Alle Symptome sind vereinigt in den Schulfällen, der forme complète et moyenne. Die Schilderung des rathlosen Gesichtsausdrucks, des characteristischen Benehmens der von dieser Form befallenen Kranken, die sich bald in indifferenter, bald in trauriger, bald in gehobener Stimmung befinden, ist der Natur meisterhaft abgelauscht. Bezeichnend sind die mit-

getheilten Beispiele der eigenartigen Reden, die in unzusammenhängenden Sätzen Vernünftiges und Wahnhaftes, durch Hallucinationen und Illusionen Verfälschtes enthalten, Ideenflucht und Unaufmerksamkeit erkennen lassen. Die Wichtigkeit der zahlreichen körperlichen Begleiterscheinungen wird hervorgehoben, manche von ihnen, z. B. Fieber und Albuminuria, können wir freilich nur als zufällige Complication auffassen. Die forme complète et moyenne verläuft oft intermittirend, nicht selten kommt es zu Rückfällen. Sie kann Tage, Monate, aber auch Jahre lang währen. Oft werden die Kranken vollständig gesund. Hat die Krankheit Jahre lang bestanden, so kann noch Heilung mit Defect eintreten; oder es bildet sich ein Zustand von Schwachsinn aus, der mit Erregung einhergehen, stuporöser Art sein oder auch aus Stupor und Erregungszuständen zusammengesetzt sein kann. Eine Anzahl der Kranken stirbt.

Auch das grundlegende Symptom anderer Formen ist die primäre Verwirrtheit. Tritt die psychische Störung als hochgradigste Verworrenheit und intellectuelle Lähmung in den Vordergrund, so wird die Krankheit als démence aiguë bezeichnet. Beherrschen die körperlichen Veränderungen das Symptomenbild, so handelt es sich um die forme typhoide et méningitique. Zwischen diesen beiden Extremen würde die confusion mentale primitive suraiguë avec symptômes d'excitation intense ou délire de collapsus an die Seite der forme compléte zu stellen sein. Geringere Grade der Krankheit stellt die confusion mentale légère de Delasiauve dar. Die forme torpide et très longue deckt sich mit Meynert's chronischer Amentia. Ob einer forme polynévritique eine specielle Existenzberechtigung zukommt, soll die Zukunft entscheiden.

Allzuviel Wichtigkeit möchten wir der Streitfrage, ob Collapsdelirien, acute Verwirrtheit und acute Demenz als besondere Krankheiten oder als Unterformen der confusion mentale primitive zu nehmen sind, nicht beimessen. Jedenfalls hat die Kräpelin'sche scharfe Abgrenzung grosse didactische Vortheile. Der beträchtliche Unterschied zwischen der Verworrenheit, der Amentia und dem einer psychischen Lähmung vergleichbaren, vollständigen Darniederliegen der intellectuellen Functionen bei der acuten Demenz, aber auch manche andere Verschiedenheiten im Symptomenbild. im Verlauf und im Ausgang machen zweifellos die Errichtung einer deutlicheren Scheidewand wenigstens zwischen den in Rede stehenden beiden Krankheiten sehr wünschenswerth.

Bei der démence aiguë ou confusion mentale primitive profonde beschreibt Chaslin eine agitirte und eine stuporöse Unterform. Bei der stupidité légère Delasiauve's, seiner confusion mentale légère wird eine forme passive von einer forme active abgetrennt Die „formes typhoide et méningitique" sind uns aus der Beschreibung nicht recht klar geworden. Die Kranken sollen den Eindruck machen, als ob sie an Meningitis oder an einer Infectionskrankheit litten. Fieber kann fehlen, zuweilen besteht Hypothermie. Die Reden sind unzusammenhängend. Der Grad der Stumpfheit wechselt zwischen tiefstem Stupor und Träumerei. Muskelzuckungen, Zittern der Glieder, Oedeme kommen vor. Gerade bei der Beschreibung dieser Form macht es sich recht unangenehm bemerkbar, dass der Verfasser seiner Arbeit nicht wie seiner Publication in den Annales médico-psychologiques

vom September-October 1892 Krankengeschichten beigegeben hat. Wir bitten ihn, diesem hier und an anderen Stellen fühlbaren Mangel in einer folgenden Auflage, die wir seiner Arbeit wünschen, abzuhelfen.

Die Prognose der also zusammengefassten Krankheitsbilder wird als nicht allzu günstig gestellt. Chaslin meint, man könne im Beginne der Krankheit niemals vorhersagen, ob der Fall acut oder chronisch verlaufen werde. Das ist wohl zu schroff. Wir sind der Ansicht, dass man z. B. bei der stürmischen Erregung eines Collapsdeliriums doch schon in den ersten Tagen sagen kann, dass der Kranke wahrscheinlich in einigen Wochen geheilt sein wird, wenn er körperlich die Krankheit besteht. Wird ein bisher rüstiger Mensch plötzlich durch einen starken Blutverlust, durch eine acute, fieberhafte Krankheit oder dergleichen geschwächt, so ist in vielen Fällen mehr Hoffnung, dass sich eine dadurch bewirkte psychische Erschöpfung schnell ausgleicht, handelt es sich dagegen um eine Schwächung durch langsam wirkende Schädlichkeiten, so wird die Krankheit vermuthlich langsam verlaufen. Bei erblich schwer belasteten, schwach begabten, nervösen und reizbaren Individuen findet ein Ausgleich der Schwankungen des psychischen Gleichgewichts in der Regel langsamer und schwerer statt als bei günstiger disponirten Personen. Handelt es sich um die gewöhnliche acute hallucinatorische Verwirrtheit der Wöchnerinnen (Fürstner's), so ist doch die Prognose um vieles günstiger zu stellen als bei einer bald in Stupor verfallenden acuten Demenz. Chaslin meint, man könne nur soviel sagen, dass die Prognose um so günstiger sei, je geringer die Zahl der Hallucinationen und Wahnideen und je weniger Wechsel in den Zuständen stattfindet. Das möchten wir zugeben.

Betreffs der pathologischen Anatomie der Krankheit tappt man zu unserem Troste auch in Frankreich noch im Dunkeln. Das beobachtete Hirnödem kann ja durch die Art des Todes erst zu Stande gekommen sein. Wille's Hirnhautveränderungen, Hydrocephalus externus und internus und Hirnatrophie bringen seine Fälle doch sehr in den Verdacht der agitirten Form der progressiven, der galoppirenden Paralyse. Rychlinski's Befund können wir nicht acceptiren, weil sein Fall „a débuté sans cause violente“ Das wichtigste ist immer noch der von Netschai festgesetzte Mangel an rothen Blutkörperchen und die von vielen Autoren bestätigte Anämie des Gehirns. Bestätigt sich die Angabe Nagy's, dass die Hirnrindenzellen bei der hallucinatorischen Verwirrtheit ziemlich geringe Veränderungen erleiden, so erklärt dies vielleicht die nach unseren Erfahrungen durchaus nicht so ungünstige Prognose der Krankheit.

Chaslin behandelt seine Verwirrten in erster Linie mit kräftiger Ernährung, Milch und Bettruhe. Die Schlaflosigkeit bekämpft er mit verlängerten warmen Bädern, gelegentlich mit Sulfonal, Trional und valérianate d'ammoniaque. Bei grosser Erregung wendet er Hyoscin und Duboisin an. Er warnt vor Bromsalzen, die die intellectuelle Störung befördern und den Magen verderben können. Bei Angst giebt er Opium. Hier bemerken wir, dass wir von mässigen Bromgaben bei vorsichtiger Anwendung gute Erfolge, hingegen bei Opiumkuren mehrere Male neuerliche Vermehrung der Hallucinationen beobachteten. Collapszustände sucht der Verfasser mit Coffeïn, Sparteïn und Digitalis zu heben. Hier giebt er auch Alcohol in Form

alten Weines; er ist also noch nicht von den Antialcoholisten eingeschüchtert, die in ihrem Fanatismus die vortreffliche Wirkung des Alcohols bei Collapszuständen und als Schlafmittel verkennen.

Er sorgt für Haut- und Mundpflege und lässt in der Reconvalescenz massiren. Der Autointoxicationshypothese zu Liebe verordnet er in geeigneten Fällen Magenausspülungen und Antiseptika, die den Magen nicht angreifen, z. B. Benzonaphthol.

Schon aus historischen Gründen verdienen die trefflichen Regeln Sauze's, die Verfasser betreffs des traitement moral citirt, nachgelesen zu werden. Während der Krankheit ist es zuweilen nöthig, die Patienten über ihren Zustand aufzuklären. Bei Eintritt der Beruhigung soll man durch Schularbeiten und dergleichen den Geist üben, ohne ihn zu ermüden, soll für passende Gesellschaft und Beschäftigung sorgen. Mit alledem sind wir natürlich sehr einverstanden. Der Vorschrift jedoch, nicht sehr agitirte Kranke, die daheim in günstigen hygienischen Verhältnissen leben können, daheim in ihrer Wohnung zu behandeln, vermögen wir nur sehr bedingungs- und ausnahmsweise zuzustimmen.

Georg Ilberg (Sonnenstein).

XVI) Dr. **E. G. Shuttleworth:** Mentally-deficient children. Their treatment and training. (Behandlung schwachsinniger Kinder.)
(London, H. K. Lewis, 1895, 140 S.)

Dieses kleine Buch soll allen denen zur Anleitung dienen, die sich mit der Pflege idiotischer und imbeciller Kinder beschäftigen. Während seiner 20jährigen Thätigkeit als Director des Royal-Albert-Asylum hat sich Dr. Shuttleworth eine eingehende Kenntniss dieses Gegenstandes erworben; obgleich er schon mehrfach über dieses Thema gesprochen und geschrieben hat, ist dieses Buch doch seine erste selbstständige Publication auf diesem Gebiet Von allgemein pathologischen Einzelheiten giebt er nur soviel, wie zum Verständniss der einzelnen Fälle nothwendig ist, aber dieses wenige ist treffend und anschaulich gesagt, und einige vortreffliche Abbildungen von Physiognomien, Schädeln und Gehirnen dienen zur Erklärung und Veranschaulichung bestimmter Formen von Idiotie. Nach Shuttleworth's Schätzung giebt es in England und Wales ca 46,000 Idioten und Imbecille, davon sind etwa 5,8% in Anstaltspflege. In den Vereinigten Staaten kommt auf je 500 normale Individuen ein Idiot oder Imbeciller, und 6% davon werden in öffentlichen Anstalten verpflegt. Dr. Shuttleworth weist besonders auf die Erfolge der Behandlung von cretinoider Idiotie mit Schilddrüsenextract hin und macht auf die Erfolglosigkeit der Craniectomie als Behandlungsmethode bei Microcephalie aufmerksam. 37 Seiten des Buches sind der Aetiologie, medicamentösen und hygienischen Behandlung von Idioten und Imbecillen gewidmet, und weitere 30 Seiten der intellectuellen und moralischen Anregung und den pädagogischen Methoden und Hilfsmitteln, die sich als brauchbar und nützlich erwiesen haben.

Das Buch ist in allen seinen Theilen so instructiv, wie es von einem so intelligenten erfahrungsreichen Manne, der den Gegenstand so sorgfältig und eingehend untersucht hat, wie Dr. Shuttleworth, zu erwarten war. In einem Schlusskapitel fasst der Autor die Resultate zusammen und befür-

wortet verschiedene weitere öffentliche Massregeln für die Pflege und Erziehung dieser Unglücklichen. W. W. Ireland.

XVII) **Bourneville:** Assistance des enfants idiots et dégénérés. Bericht auf dem nationalen Congress für öffentlichen Beistand. (Tagung in Lyon, Juni 1894.) (IV. Band der „Sondererziehung".)
(Paris 1895. Progrès médical. 257 Seiten.)

Der Bericht macht den ersten Theil des Buches aus, der zweite bringt das in der Sitzung vorgetragene Resumé und die Discussion, während der dritte eine Wiedergabe einer 1894 veröffentlichten Schrift über die ärztlich-pädagogische Behandlung der idiotischen und zurückgebliebenen Kinder enthält. Zuerst wird auf die Geschichte ihrer Hospitalisirung und ihrer Erziehung eingegangen. Die Aufnahme in Anstalten datire seit der Eröffnung der Salpêtrière 1656. Die Fürsorge für diese Kinder sei bis 1874, wo der letzte Bericht vorliegt, eine recht unbedeutende gewesen im Verhältniss zu ihrer Zahl, die damals auf 36,000 geschätzt wäre. Den ersten Behandlungsversuch habe Itard an einem Idioten, dem „sauvage de l'Aveyron", 1807 gemacht. 1828 und 31 entstanden die ersten Schulen im Bicêtre und in der Salpêtrière; Séguin gebühre aber das Verdienst, die wahre ärztlich-pädagogische Behandlungsmethode der Idiotie geschaffen zu haben. Sägert habe 18 2 in Berlin eine besondere Schulklasse für die Idioten eingerichtet, gleichzeitig sei in der Schweiz eine Anstalt entstanden, und nun seien die anderen Länder, England und Amerika bald gefolgt.

Um den privaten und öffentlichen Beistand der idiotischen und degenerirten Kinder in Frankreich und im Auslande seit 1874 festzustellen, hat sich B. einer mühevollen Nachforschung unterzogen, deren Resultate einen grösseren Theil des Werkes ausmachen Im Departement Vaucluse und Vendée gehe man erfreulicher Weise durch Neuanlagen vor. Im Ganzen wären in den Departements nur 800 Kinder in Anstalten untergebracht. Man nehme die Kinder nur ungern auf und fordere dabei, dass ihre Gemeingefährlichkeit festgestellt sei. Die Auskünfte über die Privatinstitute, deren B. selbst eins in Vitry leitet, seien unvollständig. Die Mehrzahl scheine sich mit der Unterbringung in der Anstalt zu begnügen und von einer geregelten ärztlichen Thätigkeit sei fast nichts zu merken. Es wäre wünschenswerth, wenn über öffentliche und private Anstalten jährliche Berichte herausgegeben würden. Sodann wird das Anstaltswesen in Paris und dem Departement der Seine besprochen, zuerst die Colonie Vaucluse. die in diesem Jahre in Folge von Neubauten 250 Knaben Aufnahme gewähren kann, ferner die Kinderabtheilung zu Villejuif mit 75 Mädchen, dann diejenige der Salpêtrière und des Bicêtre und schliesslich die Stiftung Vallée mit 130 Mädchen unter B., die aber auf 400 Betten vervollständigt werden soll. B. giebt Berichte von Lehrerinnen über Idiotenerziehung in der Salpêtriére, in welcher sich 1894 135 Kinder befanden. Im Bicêtre fand er beklagenswerthe Zustände vor, so das Zusammensein der Kinder mit erwachsenen Epileptikern. Er schildert dann die verschiedenen Phasen der durch ihn erzielten Reorganisation bis zur Fertigstellung der jetzigen Musteranstalt, deren Kosten 2,200,000 fr. betrugen. Die Abtheilung zerfällt in das Pensionat, das Hospiz für die Unsauberen und in das Hospital

mit Isolirräumen für ansteckende Krankheiten und den Zellen. Am 1. Juni 1891 befanden sich 501 Kinder im Bicêtre. Die gesammte Bevölkerung der Asyle des Departements der Seine mit idiotischen und epileptischen Kindern beider Geschlechter belief sich am 1. II. 1895 auf 1010. Trotz des nicht unbeträchtlichen finanziellen Opfers setzte es Bourneville durch, dass Kinder, die ihrer Geburt nach ihren Unterstützungswohnsitz in anderen Departements haben, auch in die Seine-Asyle zugelassen werden können, wenn die Eltern seit 3 Jahren innerhalb des Seinedepartements wohnen. Zahlreich seien in Deutschland die den idiotischen Kindern gewidmeten Anstalten, die einzeln beschrieben werden. Auffälliger Weise fehlt ein Hinweis auf diejenige zu Dalldorf. Nach Kurella seien ca. 60,000 Idioten im Lande, jedoch sei in den Asylen nur eine verschwindende Zahl untergebracht, weil die Eltern gern die Idiotie ihrer Kinder vertuschen. Mit Recht führt B. an, man könne sich 3 Jahrhunderte zurückversetzt glauben, wenn man den Streit zwischen Pastoren und Aerzten, namentlich im Königreich Sachsen, verfolge, handle es sich doch um Kranke, die selbstverständlich ärztlicher Leitung bedürfen. Um eine Vorstellung davon zu geben, wird ein Bericht von Kurella citirt, nach dem die Geistlichen meinen, die Mission der Idiotenerziehung sei ihnen von Gott selbst anvertraut. In Oesterreich bleibe in Bezug auf die Fürsorge für die idiotischen Kinder noch viel zu thun, was aus einer beigebrachten Statistik des Sanitätswesens bis zum Jahre 1890 hervorgehe. In England sind 6 öffentliche Anstalten mit 2562, 3 private mit 222 Kindern. (In Schottland 2 und in Irland 1 öffentliche.) Es sorge zwar seit langer Zeit und in ernster Weise für arme und reiche idiotische Kinder, indess sei es noch nicht auf der Höhe des wirklichen Bedürfnisses. In England und Wales seien 18,000 erziehungsfähige schwachsinnige Kinder unter 20 Jahren vorhanden, für welche nur Anstalten mit 600 Plätzen existirten. Doch fahre man fort, sich eifrig mit der Frage der Versorgung der Unglücklichen zu beschäftigen. Nach Shuttleworth wären Norwegen und Schweden England in dieser Beziehung voraus. Von den skandinavischen Ländern besitze Dänemark zahlreiche und gut organisirte Asyle; durch Keller wäre eine Reihe von derartigen Etablissements entstanden, die durch Zuschüsse vom Staate unterstützt würden. In Norwegen sind mehrere Institute, ebenfalls mit staatlicher Subvention. 1893 wurden 145 Kinder von 16—18 Jahren in den Specialschulen unterrichtet. Für die erziehungsunfähigen geschehe noch nichts. Man will eine neue Anstalt für 250 Kinder bauen und später für die Unheilbaren sorgen. In Schweden giebt es 29 Asyle mit 622 Kindern; die Kosten werden theils vom Staat, theils von der Familie getragen. Aus Russland wird berichtet, dass sich dort etwa 100,000 Idioten befinden, wofür 5 Anstalten mit 1100 Kindern vorhanden sind. Die Organisation der Fürsorge sei noch eine sehr primitive, ebenso wie in Belgien, Bulgarien, Finnland, Griechenland, Holland, Italien, Spanien und der Türkei. (Aus der Schweiz wird eine Tabelle der Anstalten beigebracht.) In sehr thätiger Weise haben sich dagegen die Vereinigten Staaten von Amerika dieser Frage angenommen. Nach Kenntnissnahme der Arbeiten und der persönlichen begeisterten Initiative Séguin's wurde 1848 eine Schule zu Massachussets eingerichtet, dem schnell 15 andere Staaten folgten. B. giebt eine

Tabelle über die Ende 1892 vorhandenen 20 öffentlichen Institute, deren Lage, Gründungsdatum und Bettenzahl. Von diesen beherbergte die Anstalt in Pensylvania 851, die in Ohio 822, eine Reihe anderer zwischen 400 und 600 Kinder. Im Ganzen befanden sich 6044 Kinder in Hospitälern. Ausserdem sind 9 Privatanstalten mit 216 Kindern vorhanden Die Gesammtzahl der Idioten wird auf 95,571 berechnet, wonach nur 6% bisher in Asylen untergebrachs sei. In Südamerika sei die Fürsorge für die Idioten trotz der zahlreichen Cretins in Chili keine nennenswerthe.

Das letzte Kapitel handelt über die Motive, die den Beistand, die Behandlung und Erziehung der idiotischen und degenerirten Kinder rechtfertigen, über die Form dieses Beistandes und die gezogenen Schlüsse. B. führt die von ihm getheilten Meinungen berühmter Aerzte darüber an. Die Zahl der schwachsinnigen Kinder allein, die er für Frankreich jetzt auf 60,000 schätze, sei Grund genug, sich mit ihnen zu beschäftigen. Wenn angängig, sollten sie zu Hause behandelt werden, meist sei aber wegen der Unmöglichkeit einer wirksamen Pflege Ueberweisung in eine Anstalt erforderlich. Es wird die unglückliche Lage der Familien geschildert, die oft im Schlaf gestört würden und trotzdem die gewohnte Tagesarbeit aufnehmen müssten, die Klagen der Nachbarschaft, die einen häufigen Wohnungswechsel zur Folge hätten. Die Geschwister nehmen die Gewohnheiten des idiotischen Kindes an. Die minder schwachen Kinder kämen in der Schule nicht mit, werden verspottet, bestraft, bekommen Widerwillen gegen die Schule, die sie in Folge dessen meiden, treiben sich herum, werden festgenommen, oft verurtheilt. Sie bilden somit eine beständige Ursache der Störung und Aufregung in den Familien. Die Kinder mit moralischen Schwächen treiben allerlei Unfug und erzeugen als Erwachsene Kinder, für die der Staat sorgen muss. Die mit Krämpfen behafteten Kinder werden überall aus der Lehre entlassen, können auch vor und nach den Anfällen durch Trübungen des Bewusstseins gefährliche Handlungen begehen. Es werden Beispiele von Missethaten, an oder durch Idioten begangen, aus den Zeitungen und aus dem Bicêtre angeführt. Die moralische Verantwortlichkeit dafür sei wegen ihrer Sparsamkeit und Unwissenheit den städtischen und provinzialen Verwaltungen beizumessen. Kurella habe treffend geäussert, dass die meisten jugendlichen Verbrecher Geistesschwache seien; was der Staat an ihrer Erziehung spare, müsse er später zehnfach an Polizei, Gerichts- und Gefängniskosten aufwenden. Viele der kleinen Mädchen in der Stiftung Vallée seien deflorirt. Man könne auch noch die Ueberlegung geltend machen, dass gesetzliche Verpflichtung des Unterrichts für ein jedes Kind bestehe. warum nicht auch für die erziehungsfähigen Idioten? In Betreff der Form des Beistandes sei die Hauptbedingung Schaffung von Schulasylen in allen Provinzen für 4—500 Kinder beiden Geschlechts unter ärztlicher Direction. Sie müssten von den Irrenanstalten getrennt sein. Epileptiker könnten neben den Idioten Aufnahme finden. Die Lehrkräfte müssen eine Schulung in der Krankenpflege durchmachen und eine Zeit lang an dem Specialunterricht auf Staatskosten hospitiren. Für die geistig zurückgebliebenen Kinder ohne moralische Defecte oder Krämpfe sei es gut, wie in Deutschland und Skandinavien Specialklassen an den städtischen Schulen anzufügen. In London bestehen seit 1892 9 solcher Klassen,

Die Ergebnisse einer auf B.'s Veranlassung gemachten Nachforschung über die in den normalen Schulen vorhandenen zurückgebliebenen und idiotischen Kinder werden in einer Tabelle zusammengefasst. Weiter wird die Frage erörtert, was aus den Idioten wird, wenn sie erwachsen sind. 1. Die epileptischen gehen in die Abtheilung der erwachsenen Epileptiker über, die ungenügend gebesserten Idioten und Imbecillen in diejenige der erwachsenen Geisteskranken. 2. Die genügend gebesserten, aber mit unheilbaren Schwächen behafteten müssten als Unheilbare in die Krankenhäuser kommen. Dann wäre es rathsam, sie ihren Beruf weiter ausüben zu lassen und die gewöhnliche Freiheit zu beschränken. 3. Die fast geheilten, aber energielosen, welche eines Familienanhalts bedürfen, den sie selten in ihren eignen Familien finden, könnten in den Hospitälern als Hilfswartpersonal benutzt werden. (Auch hier sei bedingungsweiser Ausgang nöthig) 4. Für die Geheilten wäre es von hoher Wichtigkeit, eine Pflegschaft (Société de patronage) zu besitzen. Als Schlüsse schlägt Bourneville vor, der nationale Congress des öffentlichen Beistandes zu Lyon möge folgende Wünsche aussprechen: 1. Dass das Parlament sobald als möglich den auf die Revision des Gesetzes vom 30. Juni 1838 (über Geisteskranke) zielenden Gesetzentwurf berathe und die Verpflichtung der Fürsorge für idiotische und degenerirte Kinder annehme, eingetragen in Art. 1 des von der Commission der Abgeordnetenkammer angenommenen Gesetzentwurfs. (Nach diesem sollen die öffentlichen Anstalten im Anhang 2 Abtheilungen enthalten, die eine für die Behandlung der Epileptischen, die andere für die Idioten und Cretins. Epileptiker, Idioten und Cretins dürfen weiter in die Anstalten für Geisteskranke aufgenommen werden in Erwartung der Eröffnung besonderer Abtheilungen. In einer Frist von 10 Jahren sollen die Provinzen besondere Anstalten oder Abtheilungen eröffnen, bestimmt für die Erziehung der idiotischen, imbecillen, zurückgebliebenen, cretinischen, epileptischen oder gelähmten Kinder. Mehrere Departements könnten sich zur Schaffung dieser Anstalten oder Abtheilungen vereinigen.)

2. Dass von den prefectoralen Verwaltungen den von dem Generalrath einer Reihe von Departements angenommenen Wünschen Folge geleistet werde, welche die Schaffung von interdepartementalen Asylen oder besonderen Abtheilungen für diese Categorie abnormer Kinder bezwecken. Während seines Vortrages zeigte B. zahlreiche Photographien von idiotischen Kindern. In der Discussion hebt Sabran hervor, dass es gesetzliche Verpflichtung zum Beistand der Irren und der taubstummen, sowie blinden Kinder gäbe, nicht aber für die epileptischen und zurückgebliebenen. Das, was bisher für diese geschehen sei, wäre unzureichend! in Folge dessen leiden die idiotischen Kinder nicht nur selbst, sondern sie seien auch eine Gefahr für die Gesellschaft. Daher sei es die nöthigste Sorge, Abtheilungen für die Idioten zu schaffen, wo sie eine geeignete Unterkunft und rationelle und methodische Erziehung geniessen könnten. Weiter giebt Rey Einzelheiten über das Anstalt project für Vaucluse. In diesem Departement haben sich 127 idiotische Kinder ohne Fürsorge vorgefunden. Bei den Aushebungen seien 1,3 –4,3 Idioten auf 1000 Rekruten gekommen. Es ergab sich, dass 8,3 in den Schulen zurückgebliebene Kinder oder solche, die wegen geistiger oder moralischer Schwäche die Schule nicht besucht haben.

auf 1000 Einwohner kamen, im Departement Bouches du Rhône 6,4. Die zu erbauende Anstalt mit 500 Plätzen solle einen interdepartementalen Character haben; im Besonderen seien gemeinsame Speiseräume für Mädchen und Knaben dicht an der Küche wie in Schottland vorgesehen. Gaufrès fragt an, ob nicht in Ländern, in welchen der Unterricht der zurückgebliebenen Kinder am weitesten vorgeschritten sei, die Privatinitiative am meisten entwickelt sei, worauf Bourneville antwortet, dass diese allerdings eine grosse Rolle gespielt habe, dass die Privatanstalten aber meist aus Mangel an Existenzfähigkeit staatliche geworden oder doch vom Staat unterstützt worden seien. Nach weiterer Debatte gelangen die von B. vorgeschlagenen Artikel znr Abstimmung und werden angenommen.

Der dritte Theil des Buches (mit zahlreichen Abbildungen im Text) über die ärztlich pädagogische Behandlung der Idiotie wird mit einer Definition derselben eingeleitet. Sie bestehe in einer angeborenen oder erworbenen Entwicklungshemmung der geistigen, moralischen und affectiven Eigenschaften, verbunden oder nicht mit motorischen Störungen und Perversion der Instinkte. Sie stelle keine Krankheitseinheit dar, sei vielmehr eine Folge von verschiedenen Hirnkrankheiten. In den klinischen Varietäten sei eine Grenze schwer zu ziehen. Pathologisch-anatomisch unterscheidet B. 8 Gruppen: 1. Idiotie als Symptom bei Hydrocephalus; 2. Microcephalus; 3. angeborene Missbildung (Porencephalie, Fehlen des Balkens); 4. bei hypertrophischer Sclerose; 5. bei atrophischer Sclerose; 6. bei Meningitis, 7. bei Myxödem, 8. bei Hirntumoren. In den folgenden Abschnitten wird nach kurzer historischer Betrachtung die im Bicêtre angewandte Behandlungsmethode besprochen, welche alle in verschiedenen Punkten vervollständigten Methoden Séguin's, nur von einem mehr medicinischen Gesichtspunkt, umfasst. Sohald die ersten Zeichen der Idiotie constatirt seien, solle die Behandlung beginnen. B. geht auf die Erziehung des Gehens, der Hände, des Berührungssinns, der Aufmerksamkeit, des Auges und der anderen Sinne ein, auf die Behandlung der Ernährungsstörungen, den ersten Unterricht, die psychische Erziehung, den Berufsunterricht, für deren interessante Einzelheiten ich auf das Original verweisen muss. Es folgt die medicamentöse Behandlung und die wissenschaftliche Organisation. Durch Aufbewahrung der Schädel und Ausgrabung von Skeletten habe er gezeigt, dass in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle bei den Idioten eine vorzeitige Verknöcherung der Schädelknochen nicht existirt und dass weder die normale noch pathologische Anatomie oder Physiologie die Craniectomie rechtfertigt. Zum Schluss bespricht Bourneville in Kürze die Erziehung der Sprache.

Max Edel (Dalldorf).

XVIII) **Bourneville:** Recherches sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie Jahresbericht 1894; Bd. XV. Mitarbeiter: Noir.

(Paris 1895, Progrès médical.)

210 Seiten in gewohnter vorzüglicher Ausstattung. Der erste der 3 Theile enthält den eigentlichen Bericht aus Bicêtre und der Anstalt Vallée, der zweite handelt von der Beobachtungsmethode und dem Untersuchungsvorgang bei den idiotischen und zurückgebliebenen Kindern, während der letzte klinische und pathologisch-anatomische Studien bringt

Im Bicêtre besteht eine Eintheilung der Kinder in 3 Gruppen. Die unsauberen, aber schwachen Idioten, ob epileptisch oder nicht. Abgesehen von den ganz Unheilbaren sucht man bei Denjenigen, die weder sprechen noch gehen können, durch mechanische Hilfsmittel, Gliederübungen und Einreibungen das Stehen und Gehen zu erzielen, was in einigen Fällen erfolgreich war. Sobald ein Kind allein geht, wird es nach der, Frauen unterstehenden, kleinen Schule geschickt, wo besondere Sitze vorhanden sind. Dieselbe war von 244 Kindern der 2. Gruppe besucht, die die kräftigen sauberen oder unsauberen Kinder aufnimmt, von denen ein kleiner Theil in Werkstätten beschäftigt ist. Diese Schule umfasst die Behandlung der Unsauberkeit, Ankleidungsstunde, Uebungen für die Erziehung der Hände, der Sinne und der Sprache, kleine Turnübungen, den Anschauungs- und den ersten Elementarunterricht. Daneben besteht eine von 22 Kindern besuchte Hilfsschule, deren erste Lehrerin wegen hingebender Pflichttreue öffentlich belobigt wurde. Die 3. Gruppe, in der die sauberen und kräftigen unter den schwachsinnigen und zurückgebliebenen Kindern sich befinden, besucht die grosse Schule, welche eine Frequenz von 214 Kindern hatte, von denen die Mehrzahl mehr oder minder in den Werkstätten beschäftigt ist. In dem Bestreben, möglichst viel Anschauungsunterricht zu geben, werden eine grosse Reihe von Bildern für Projection und Sauerstofflicht angeschafft. Lehrer und Lehrerinnen wurden im Interesse der Verbesserung der Aussprache und Wortbildung der Kinder in eine Taubstummenanstalt geschickt. Weiter werden Instrumental- und Gesangunterricht, Turn- und Spielvereinigung, Tanzstunden, Spaziergänge und Zerstreuungen geschildert und auf die Bedeutung der zahlreichen Besuche und Urlaubsertheilungen hingewiesen, die abgesehen von den Ersparnissen, den Aufenthalt der Kinder erträglicher gestalten und die Anknüpfung an ihre Familien erhielten. Ein Zahnarzt sorgt regelmässig für die Mundpflege. Nach Besprechung der Bäder und der Hydrotherapie sowie der Anwendung verschiedener Brompräparate wird das pathologische Museum erwähnt, in dem 7 Bände von Gehirnphotographien vorhanden sind. Von Interesse ist, dass Schädel und Skelette, wenn sie etwas Besonderes darbieten, je 5 Jahre nach der Bestattung regelmässig ausgegraben werden. Von 175 Schülern, die Unterricht in einem Beruf erhalten, wurde ein Arbeitswerth von 27,583,50 fr. erzielt, womit ausser dem Gehalt der 7 Lehrer die Zinsen des Anlagekapitals der Werkstätten gedeckt werden. Die Bevölkerung belief sich am 31. December 1894 auf 526 Kinder. Es folgen Tabellen über die Sectionsergebnisse der 18 Todesfälle im Jahr, ferner über die Ursachen und die Diagnose bei den 76 Entlassungen, wobei es auffällt, dass der Ausdruck Kleptomanie beibehalten ist; weiter eine Tabelle über die Gewichte der Thymus und Thyreoidea bei den Gestorbenen, dann die Beschreibung des Personals (4 Aerzte, eine grössere Anzahl Lehrer und 84 Unterbeamte).

Aus dem Jahresbericht der Gründung Vallée mit ähnlichen, wenn auch kleineren Verhältnissen, ist hervorzuheben, dass die Belegziffer um 30 überschritten ist. Es wird auf die Behandlung und Erziehung der Verdauung näher eingegangen, insbesondere auf das Nehmen der Nahrung (kleine Löffel, kleine Bissen), die Einspeichlung, den Kauakt, das Wieder-

läuen, das durch gutes Kauen, durch Zerstreuung gleich nach dem Essen, eventuell durch Entziehung der gern nochmal gekäuten Lieblingsspeisen beseitigt werden könne, endlich auf die Defäcation. Dann wird die Fürsorge für eine gute Respiration und Circulation besprochen. Nach Erwähnung der vorgekommenen Infectionskrankheiten wird ein Bericht Bourneville's über den definitiven Plan für die Erbauung eines weiteren Gebäudes von 100 Betten gegeben.

Im zweiten Theil vertheidigt B. seine Untersuchungsmethode und speciell diejenige der Geschlechtsorgane gegen Anschuldigungen, die von Seiten der reactionären Partei anlässlich seiner ärztlichen Schulinspectionen in Cempuis in heftigem Zeitungskampfe gegen ihn erhoben waren und zu einer Amtssuspendirung durch die vorgesetzte Behörde (1890), abgesehen von Denunciationen beim Ministerium des Innern und zu einer Anklage bei Gericht, geführt hatten. Bourneville hatte nämlich zum Vergleich mit umfassenden Studien zur Entwicklung der Geschlechtsorgane und der Pubertät bei den Idioten von Bicêtre eine Reihe von Untersuchungen an gesunden Schulkindern gemacht. Das Buch bringt nun zunächst einen höchst interessanten Bericht über die am 15. III. 95 in der Sitzung des Stadtraths von Paris stattgefundene diesbezügliche Anfrage und die folgende erregte Discussion, in der ihm vorgehalten wurde, dass das Berühren der Geschlechtsorgane der Kinder in Gegenwart des Personals, ja selbst von anderen Kindern eine Aufregung und Entartung derselben hervorrufe, und dass sich dagegen das Gefühl der Eltern empören müsse. Nach treffender Widerlegung durch den Director der Assistance publique wurde abgestimmt und mit 35 gegen 13 Stimmen der Antrag angenommen, in Erwägung der hohen Moralität des verdienten B. und in Erwägung, dass die Nichtachtung die beste Antwort auf derartige verleumderische Anschuldigungen sei, zur Tagesordnung überzugehen. B. führt die Zurückweisung der Vorwürfe weiter aus. Er erwarte mit Ruhe den Besuch des Staatsbeamten, der nach dem Gesetz vom 30. Juni 1838 jedes Jahr 2mal die Irrenanstalten besichtigen müsse. Es folgt der Text der Amtsberichte an die vorgesetzte Schulbehörde der Waisenanstalt Prévost und weiter als Beweis dafür, dass er einfach die positive Beobachtungsmethode anwende, wie sie in allen Kliniken befolgt und gelehrt werde, ein Fall von ausgesprochener Imbecillität mit perversen Instinkten. bei dem durch ärztlich-pädagogische Behandlung eine bemerkenswerthe psychische, intellectuelle und moralische Besserung erzielt sei. Durch die exacte Untersuchung würden manche sonst verborgene Fehler aufgedeckt (Varicocen, Hernien, Verwachsungen der Vorhaut etc.), durch die erforderliche Sauberkeit der Geschlechtsorgane, die Beseitigung von Weissfluss, von Smegma, Erythemen würde der eventuell hervorgerufenen Onanie begegnet, während er von politischen Gegnern sogar beschuldigt sei, die Idioten behufs Untersuchung ihres Spermas zur Masturbation anzuleiten.

Um zu beweisen, dass die dem Arzte erlaubten Schranken nicht überschritten sind, folgen in einem Anhang die angewandten Beobachtungsschemata über Vorgeschichte, Status, Temperatur, Kopfmasse, Gewicht und Umfang, Pubertät bei allen Kindern), für Anfälle und Temperatur während derselben bei Epileptikern, für Gliedermessungen bei Hemiplegikern, für

Gewichtsbestimmungen der Organe bei Autopsien. Darnach muss der hohe Grad der Vollkommenheit der Untersuchungsmethode Bourneville's anerkannt werden. Weiter folgt eine Instruction für das Personal und insbesondere eine Anleitung zur Beobachtung und Beschreibung von epileptischen Krampfanfällen, die m. E. zu hohe Anforderungen an die Auffassungsgabe desselben stellen.

Der dritte klinische und pathologisch-anatomische Theil enthält erstens eine Abhandlung über vollständige angeborene Idiotie und Paraplegie, complicirt mit Contractur und Missbildung der Füsse, von Bourneville und Noir, welches ein typisches Beispiel einfacher Entwicklungshemmung giebt. Auf 4 ausgezeichneten Tafeln ist das auf die grösste Einfachheit reducirte Gehirn dargestellt, dessen spärliche aber durch tiefe Furchen getrennten Windungen voluminös sind und fast gar keine Uebergangsfalten aufweisen. Zahnkrämpfe haben keine sichtbare Läsion hinterlassen. Trotz schwächerer Entwicklung der linken Extremitäten fand sich Gleichheit der Hemisphären.

Der zweite Aufsatz handelt über Idiotie mit Myxödem von Bourneville, im Anschluss an 7 frühere Veröffentlichungen über denselben Gegenstand, mit Abbildungen im Text. Aus der bis ins Kleinste gehenden Krankengeschichte hebe ich erbliche Belastung hervor, Auftreten des Myxödems erst nach Absetzen des Kindes (Einfluss der Milchnahrung), unternormale Temperatur, den Mangel von Pubertätszeichen trotz des Alters von 21 Jahren und die völlige sexuelle Gleichgültigkeit. Bei der Autopsie fand sich vollkommenes Fehlen der Thyreoidea und Offenbleiben der Fontanelle wie in den 4 früheren Fällen.

Der letzte Aufsatz über den Beistand der Alcoholiker betrifft Vorschläge Bourneville's hinsichtlich der Erbauung von Staatsanstalten für die Gewohnheitstrinker in allen Provinzen Frankreichs, die er anlässlich der Ausschreibung eines Plans einer 5. Irrenanstalt für 1200 Kranke mit 500 Alcoholikern in Sitzungen der Ueberwachungscommission der Seine-Asyle und des höheren Rathes für öffentlichen Beistand gemacht hatte.

Das Buch bietet mit seinen Untersuchungstabellen und Beispielen von Krankengeschichten eine werthvolle Handhabe zu einer wissenschaftlich genauen Untersuchung idiotischer und epileptischer Kinder.

Max Edel (Dalldorf.)

XIX) **P. J. Möbius**: Die Migräne.

(108 S. 8⁰. Preis 2,70 M. Wien, A. Hölder. Nothnagels Specielle Pathologie und Therapie, XIII. Bd., III. Theil, I. Abtheilung.)

Das erste, was bei Lectüre dieser Abhandlung frappirt, ist die ausgezeichnet klare und geschmackvolle Darstellung; Möbius kann offenbar nicht anders, als gut schreiben, aber er hat sich diesmal selbst übertroffen und utile cum dulci in glücklicher Weise gemischt. Es schadet auch der Sache gar nichts, dass immer wieder etwas von dem Philosophen, dem Künstler und dem Humoristen durchbricht, die der Autor in sich vereinigt.

Es versteht sich wohl von selbst, dass die Litteratur in umfassender Weise herangezogen und discutirt ist; die einzige Lücke wäre wohl nur der Mangel einer Beziehung auf zwei verwandte Affectionen die uratische Diathese

und den Symptomencomplex Menière's. Die Bibliographie umfasst die Erscheinungen seit 1884 vollständig; dabei zeigt sich M. im Ganzen mehr englischen Autoren, zumal Gowers, zuneigend, als der Charcot'schen Schule. Aus eigener reicher Erfahrung kommt M. zu dem Ergebniss, dass die Migräne eine Form der ererbten Entartung ist*), dass sie ferner eine krankhafte Veränderung des Gehirns ist, vermöge deren die Anfälle zeitweise auftreten; dass das allen Anfällen gemeinsame nur die (vorwiegend) einseitigen Parästhesien sind; dass Migränefälle als Symptom anderer Hirnleiden neben deren sonstigen Zeichen vorkommen.

Was die Therapie angeht, so erwähnt K. bei der Prophylaxe besonders Blendung und eine, zumal durch Gasflammen, verdorbene Luft; an Medicamenten vertraut er am meisten den Bromsalzen, nach der Charcot'schen Vorschrift, oder in Dosen von 2—3 Gramm täglich Abends monatelang und länger regelmässig genommen. Bei Vorläufererscheinungen empfiehlt sich eine grössere Dosis Salycilsäure, die gelegentlich mit anderen Nervinis vertauscht werden kann, Abends zu nehmen. Von einer medicamentösen Behandlung während des Anfalls verspricht M. sich wenig, „das einzige, was sicher hilft, ist eine Morphiuminjection".

Die Möbius'sche Theorie der Migräne läuft, wenn ich richtig verstanden habe, darauf hinaus, den Anfall als einen corticalen Process und zwar als eine Schmerzhallucination anzusehen und anzunehmen, dass von der hemicranischen Veränderung symmetrische Stellen beider Hemisphären betroffen werden, und dass es von Nebenumständen abhängt, auf welcher Seite der Ausbruch erfolgt. Die vasomotorischen Symptome der Migräne betrachtet M. als accessorisch und verwirft demgemäss die vasomotorische Theorie der Krankheit.

Die Berechtigung, von einer Augenmigräne als besondere Form zu sprechen, und die besondere Gefährlichkeit dieser Form bestreitet M., ebenso wie die Wahrscheinlichkeit, dass der Anfall Apoplexie, progressive Paralyse oder Epilepsie herbeiführen könne. Wo die beiden letzgenannten Affectionen sich an Migräne anschliessen, ist er geneigt, diese als symptomatisch anzusehen,

Die Möglichkeit, dass häufige Anfälle die Entwicklung von Gefässveränderungen im Gehirn befördern können, erkennt er an.

Kurella.

XX) **L. Roncoroni:** Trattato Clinico dell' Epilessia con speciale riguardo alle Psicosi Epilettiche. (Die Epilepsie mit besonderer Berücksichtigung der epileptischen Psychosen.)

(Mailand, Fr. Vallardi, 1895, 627 S. 8°. 12 Tafeln.)

Roncoroni, Lombroso's Assistent an der Turiner psychiatrischen Klinik, ist den Lesern durch eine Reihe von Arbeiten über die Epilepsie bekannt. Sein neues Buch verdankt sein Entstehen gewiss u. a. dem grossen Interesse, welches Lombroso von jeher der Epilepsie zugewandt hat; es

*) Das ist aber nicht böse gemeint, denn p. 19 heisst es, „dass wir alle, mit seltenen Ausnahmen, auch zu den dégénérés gehören", und p. 18, dass Migränekranke „dégénérés suprêmes" sind.

trägt auch, zumal in seinen ausführlichen anthropologischen Aufstellungen den Stempel des unmittelbaren Lombroso'schen Einflusses, aber es ist doch eine durchaus selbstständige und vielfach originelle Arbeit, gegründet auf höchst umfassende Sammlung des litterarischen Stoffs, eigene umfangreiche klinische und forensische Erfahrungen, originelle experimentelle Untersuchungen und eine scharfsinnige Verarbeitung und Interpretation des auf diesen verschiedenen Wegen zusammengebrachten Materials. Eine einfache klare und präcise Sprache empfiehlt die Arbeit besonders.

Der originellste Theil der Arbeit beschäftigt sich mit den epileptischen Psychosen und mit der „physiologischen Genese der Epilepsie", der letztgenannte, sechste Theil des Werks umfasst 160 Seiten.

Die psychischen Störungen bei Epileptikern werden theils bei der „Allgemeinen Symptomatologie" besprochen (p. 154—175), theils unter dem Titel des IV. Theils: Besondere Formen der Epilepsie (p. 223 –334). Unter den dauernden psychischen Merkmalen nennt R. eine auch ausserhalb der Anfälle bestehende Störung des Selbstbewusstseins, die an eine Zersetzung des Ich, ein Doppel-Ich, grenzen kann; die Doppeltheit der Persönlichkeit auch auf dem Gebiete des Affectlebens, die sich in dem Neben- oder Nacheinander übermässiger Reizbarkeit und übertriebener Sanftmuth und Schmiegsamkeit ausspricht. Er zeigt, dass die schwersten andauernden psychischen Anomalien, die auch zu den furchtbarsten Verbrechen Anlass geben, bei Epileptikern vorkommen, die nicht an der convulsiven, sondern an der vertiginösen Form der Epilepsie leiden.

Eingehender werden einzelne dauernde psychische Merkmale in einer Parallele zwischen Epileptikern und Verbrechernaturen gewürdigt (p. 166 bis 177). Am wenigsten befriedigend fällt die Darstellung der intellectuellen Anomalien aus, jedoch macht R. dabei bezüglich der Verbrecher die treffende Bemerkung: „Es ist nicht wahr, dass wie Thomson will, alle Verbrecher eine spärliche Intelligenz besitzen, wohl aber findet sich bei allen eine Seite, wo die Intelligenz einen Defect zeigt"; wie richtig diese Bemerkung ist, zeigen die deutschen neuesten Fälle sensationeller Verbrechen, v. Hammerstein und Friedmann, Individuen, denen gewiss Niemand die Intelligenz im Allgemeinen absprechen wird.

P. findet 7% Päderasten unter seinen Epileptikern; er betont die häufigen sonstigen Perversitäten, das Vorkommen von impulsiven geschlechtlichen Angriffen (Nothzucht etc.) bei vorherrschender geschlechtlicher Indifferenz. Als einen kleinen, Epileptikern und Verbrechernaturen gemeinsamen Zug bezeichnet R. die frühe Gewöhnung an das Rauchen; von seinen Epileptikern waren 35% schon vor dem 15. Jahre Raucher.

Sehr eingehend wird das Gefühlsleben der Epileptiker geschildert, besonders die ethischen Gefühle und die Beziehungen zur moral insanity.

Die Darstellung der psychotischen Zustände und Anfälle Epileptischer ist interessant durch zahlreiche Krankengeschichten, lässt aber eine systematische Durcharbeitung und den Versuch einer Classification vermissen. Der wichtige Versuch einer solchen, den wir Wildermuth verdanken, hätte beachtet zu werden verdient.

Der Schwerpunkt des Werks liegt im VI. Theil, der die „Natur der Epilepsie" erörtert. Capitel I bespricht die experimentellen und klinischen

Daten. Die Fritsch-Hitzig'sche Entdeckung hat sofort dazu geführt, die Epilepsie als eine ungeordnete Action der motorischen Rindencentren zu betrachten. In eingehender Discussion, in der die Untersuchungen Brown-Séquard's doch wohl zu eingehend, die Unverricht's zu wenig berücksichtigt sind, aller experimentellen Thatsachen kommt auch R. zu dem Resultat, dass „der unmittelbar gegebene Krankheitszustand der Epilepsie jeder Form wesentlich in einer abnormen Erregung der Hirnrinde besteht, welche die Function der psychomotorischen Centren in Form eines Paroxysmus stört. Capitel II behandelt die Erklärungen der einzelnen Phänomene des Anfalls und der verschiedenen Formen der Epilepsie, die von anderen Autoren gegeben sind; Capitel III, das umfangreichste, enthält in grosser Ausführlichkeit R.'s eigene Theorie der Epilepsie; zum Schluss eröffnet er sehr weite Perspectiven und zeigt die Stellung der Epilepsie in der Psychopathologie und das Licht, das von ihr aus auf die Psychosen fällt. Man wird nach diesen Darlegungen die Epilepsie nicht mehr zu den Neurosen rechnen und hoffentlich wird die Vorstellung, welche, davon ausgehend, dass die Epilepsie einen eigenen Namen hat, zu den Ne rosen gerechnet wird und „epileptische Psychosen" mit sich führen kann — hoffentlich wird die Vorstellung, welche die Epilepsie als ein Wesen für sich, eine Entität betrachtet, unter dem Einfluss dieser Ausführungen verschwinden.

Für Roncoroni ist die Theorie der Epilepsie zugleich die Theorie der Psychosen und von einer allgemeinen Psychopathologie nicht zu trennen. Ich verweise bezüglich gewisser besonderer Ausführungen auf das Referat Trömner's über eine frühere Publication R.'s (diese Zeitschrift 1895, p. 234 f.), in welcher bereits die These entwickelt war, dass die Epilepsie auf einer Functionsherabsetzung der höheren hemmenden Centren beruht, welche die niederen Centren reguliren. Was R. unter höheren Centren versteht, dürfte aus folgender Stelle (p. 458) hervorgehen:

„Auf der Hirnrinde und vielleicht auch in den subcorticalen Ganglien finden wir complexere Nervencentren, welche ich der Kürze wegen „intermediäre" nennen will, die sensorischen Ganglien und die motorischen Felder, die bei den unter dem Menschen stehenden Thieren wahrscheinlich die einzigen — oder fast die einzigen — wahren höheren Centren sind, die aber in der Gehirnentwicklung des Menschen von anderen Centren so zu sagen überwunden worden sind.

„Beim Menschen haben sich vor der Entwicklung der höchsten Centren eine ganze mannigfache Reihe anderer Centren gebildet, die der Sprache, der Schrift, dem Lesen und anderen auf der Coordination beruhenden Fertigkeiten vorstehen, ferner den von starken Gefühlen determinirten Handlungen, vielleicht auch den ästhetischen Gefühlen. Diese, die ich subprimär nennen möchte, sind jedoch noch nicht die höchsten. Die wirklichen Obercentren sind beim Menschen die der höchsten Functionen der Intelligenz (besonders der Urtheilskraft), noch mehr die des Gefühls (moralischer Sinn), des Bewusstsein, des Willens, der entsprechenden Grade des Gedächtnisses. Wahrscheinlich sind diese Centren über die ganze Hirnrinde verbreitet, besonders über die der Stirnlappen.

„Die höheren Centren üben eine modificirende (dynamogene oder hemmende) Wirkung von immer grösserer Bedeutung auf die tieferstehenden aus

bis man zu den höchsten Centren gelangt, die jene Wirkung im höchsten Grade ausüben, so dass man dieselbe als leitenden Einfluss bezeichnen kann."

Man darf sich nicht dadurch stören lassen, dass R. hier auch von Centren des Bewusstseins spricht, denn unter Centren versteht er nicht Rindenfelder, sondern Systeme besonderer Function, die über einzelne weite Territorien der Rinde oder über ihre ganze Fläche, vielleicht in verschiedener Tiefe, zerstreut sind. Ueber das Verhalten des Bewusstseins im Anfall sagt R. an einer späteren Stelle:

„Motorische Leistungen, die erst erworben oder befestigt werden, sind bewusst, die fest und automatisch gewordenen Handlungen sind unbewusst, und somit auch ihre, naturgemäss älteren, Centren. Nun sind es die zuletzt erworbenen Centren, die zuerst von einer Krankheitsursache ergriffen werden; sie erfahren in der Epilepsie eine Suspension oder eine Verminderung ihrer Thätigkeit und desshalb verliert der Kranke sofort bei Beginn des Anfalls das Bewusstsein."

„Es ist verständlich, dass in den weniger zahlreichen Fällen, in denen der Anfall nicht in Folge einer Suspension, sondern einer Verminderung der Thätigkeit der höheren Centren ausbricht, die Beeinträchtigung des Bewusstseins unvollständig (dämmerndes Bewusstsein) oder auch nur leise umschleiernd sein wird, oder schliesslich erst im Verlauf des Anfalls eintritt, was manche Beobachter (z. B. Christian) unbegreiflich finden, und was doch oft im Verlauf der Jackson'schen und der Syphilis-Epilepsie der Fall ist. Im Uebrigen können auch die subprimären oder intermediären Centren, die im Anfall eine ungeordnete Thätigkeit entfalten, einen gewissen Grad eines Unterbewusstseins besitzen, so dass der Kranke eine, wenn auch unvollkommene, Rückerinnerung an das Vorgefallene hat. Und das erklärt auch die Möglichkeit einer Verdoppelung des Bewusstseins." Der Unterschied zwischen dieser Betrachtung des Bewusstseinsverlusts von der allgemein angenommenen ist evident; diese führt die Bewusstlosigkeit auf den Einfluss der Entladung auf die höheren Centren zurück (Robertson) was sehr schwer verständlich wäre, und wobei dann doch die Bewusstlosigkeit nach dem Beginn der Entladung eintreten müsste und nicht als primordiale Erscheinung.

Es kann auf die interessanten Ausführungen über die fundamentale Einheit aller Psychosen mit der Epilepsie hier nicht näher eingegangen werden, ohne die Grenzen einer Bücherbesprechung weit zu überschreiten. Ich will zur Characteristik dafür nur etwas aus dem anführen, was über die Hysterie gesagt wird:

„In der Epilepsie ist der Eintritt einer untergeordneten Thätigkeit der unteren Centren fix und constant und interessirt immer (oder fast immer) gewisse bestimmte Centren. In der klassischen Hysterie dagegen sind die Centren, welche in Action treten, höchst verschieden, sie wechseln von einer Minute zur andern, je nach dem momentanen Zustande des Nervensystems. Der Unterschied — und ich halte ihn für fundamental — zwischen Epilepsie und Hysterie entspricht dem zwischen systematischem und einfachem Delir. Die Epilepsie ist eine systematische Hysterie, und wie das systematische Delir schwerer und unheilbarer ist als das einfache, so ist es auch die Epilepsie im Vergleich zur Hysterie. Die geringere

Gewaltsamkeit oder das Fehlen der tonischen Phase der Krämpfe bei der Hysterie und der nicht völlige Mangel des Bewusstseins sind Beweise dafür, dass in letzterer die höheren Centren weniger verändert, die niederen weniger hochgradig gespannt sind."

Auf dem Boden dieser Anschauung verficht R. auch mit vielem Geschick die Hypothese Lombroso's von der epileptoiden Natur der Criminalität. Wie man sich nun dazu stellen mag, mir scheint, dass R.'s Bearbeitung des Problems weitere wichtige Analogien zwischen der Verbrechernatur und den die Epilepsie, Hysterie und chronischen Psychosen umfassenden Degenerationsformen nachgewiesen hat.

Die Behandlung der degenerativen Erscheinungen der Epilepsie, vor allem die Beschreibung der Degenerationszeichen, ihre vergleichende Statistik, craniologische und craniometrische Daten nehmen einen grossen Raum ein; dass uns eine Theorie und Classification der Degenerationszeichen noch fehlt, macht sich in diesen Capiteln freilich fühlbar. Das nimmt diesen Daten aber nichts von ihrer Wichtigkeit.

Das Buch sei dringend dem Studium und dem Gebrauch als Nachschlagewerk empfohlen. Wenn dasselbe die wohlverdiente deutsche Ausgabe erlebt, würde seine practische Brauchbarkeit durch einen Index sehr gewinnen, zumal bestimmte Probleme an ganz verschiedenen Punkten erörtert werden.

Kurella.

III. Referate und Kritiken.

A. Anatomie und Physiologie.

1) **Emil Hüfler**: Ueber den Faserverlauf im Sehnerven des Menschen. (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, VII. Bd. 1. u. 2 H, S 96.)

Die anatomische Untersuchung der Sehnerven eines 40jährigen Mannes, bei dem einige Jahre vor seinem Tode Paralyse mit Sehnervenatrophie festgestellt worden war, ergab maeroscopisch eine Atrophie des rechten Opticus, im linken dagegen war noch eine Summe von Nervenbündeln erhalten und zwar im unteren äusseren Quadranten. Microscopisch zeigte sich nun, dass die mittlere Portion dieser Nervenbündel auf derselben Seite verblieb und sich bis zum Tractus verfolgen liess; die untere ventrale Partie begab sich aber im flachen Bogen hinüber nach der anderen Seite und lagerte sich schliesslich auch dort lateral; ausser diesen war noch der Uebergang von dorsal abgehenden Fasern nachzuweisen, die sich bis zum Anfang der grossen Commissurenfasern verfolgen liessen und zu den basalen Opticusganglien in Verbindung zu treten schienen. H. meint, dass wir vielleicht in dem medialen Fasernetz einmal einen Anschluss an die Commissurenfasern und dadurch eine Verbindung mit dem medialen Kniehöcker und dann eine Verbindung mit den beiderseitigen basalen Opticusganglien vor uns haben, aus denen dann durch Vermittlung der dorsalen Fasernetze zum gekreuzten und ungekreuzten Bündel Fasern sich beimischen und so nach der Peripherie gelangen.

Denig-Würzburg.



2) **Popoff**: Ueber den Verlauf des Nervenfaserbündels, das unter dem Namen „Conductor sonorus“ bekannt ist.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd VII, 4.)

Den Conductor sonorus, ein am Boden des IV. Ventrikels abgesondertes Nervenbündel, beschreibt Stilling 1841 als ein oder mehrere bei vielen Menschen am Boden des IV. Ventrikels, in denselben Schichten der Raphe, aus welchen die Striæ acusticæ entspringen, zum Vorschein kommende, isolirte Faserbündel, die mit den oben genannten Abtheilungen der Gehörnerven einen spitzen Winkel bilden und schräg nach oben und aussen bis zum Locus coeruleus verlaufen. Stilling glaubt diese Fasern bis zum Eintritt in den oberen Kern des N. trigeminus verfolgen zu können und sprach sie als die inconstante hintere Wurzel des N. trigeminus an. Nach Engel (1865) verlaufen die Fasern nach oben und aussen zu den vorderen Schenkeln des Kleinhirns, ohne mit den benachbarten Bildungen eine Verbindung einzugehen, gehören also zu den Gehörsträngen.

Diese auch später unentschiedene Controverse sucht P. nach Serienschnitten, die er durch eine Medulla oblongata legte, zu schlichten. Nach seinen durch verschiedene klare anatomische Zeichnungen illustrirten Ausführungen kommt er zu dem Schlusse, dass in dem vorliegenden Falle allem Anschein nach die Fasern des Conductor sonorus gleichen Ursprung mit den Fasern haben, die mit Gehörsträngen sich verbinden. „Aus letzteren allmählich erwachsend entfernen sich hierauf diese Bündel von der Raphe und gehen ohne Zweifel im Seitenwinkel der Rautengrube ganz in den mittleren Schenkel über, um mit den Fasern des letzteren gemeinsam den Verlauf zum Kleinhirn zu nehmen.“

Dauber-Würzburg.

---

3) **James Cagney**: Ueber die Innervation der Abductoren und Adductoren der Stimmbänder.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. VII, 3.)

Die merkwürdige Thatsache, dass in intactem Zustande die Abductoren an Kraft die Adductoren überwiegen und trotzdem bei Läsionen viel früher und leichter gelähmt werden, als die Adductoren, erklärt C. entgegen der Semon'schen Ansicht, die einen Reflextonus der Crico-arytaenoides annahm, durch die Thatsache, dass das medulläre Centralorgan für die Adductoren mit einem höheren Rindencentrum in Verbindung steht, während ein solches für die Abductoren nicht aufgefunden werden kann. Da nun das Rindencentrum nach seiner Annahme sowohl ein Reservoir der überschüssigen Kraft, die im Spinalganglion aufgehäuft wird (damit ist wohl eine Umschreibung der von den Rindencentren nach den spinalen Ganglienzellen verlaufenden reflexhemmenden Momente gemeint, d. Ref.), darstellt, als auch einen zweifellosen trophischen Einfluss auf die spinalen Ganglienzellen ausübt, so ist es erklärlich, dass im intacten Zustande von dem eines Rindencentrums entbehrenden spinalen Ganglion der Abductoren eine grössere Kraft ausgeht, als dem der Adductoren, und dass bei Läsionen aus demselben Grunde die Abductoren leichter einer Degeneration verfallen, als die Adductoren. Als Beleg für diese Annahme theilt C. die interessante Beobachtung mit, dass bei einer Diabetikerin, die durch Apoplexie eine

starre rechtsseitige Lähmung hatte, diese ihres Rindencentrums entbehrenden Nerven allein einer diabetischen Neuritis verfielen.

Dauber - Würzburg.

---

4) v. **Bechterew**: Ueber die willkürliche Erweiterung der Pupille. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, Bd VII, Nr 21)

v. B. fand bei einer Patientin, die an allgemeiner Nervenschwäche und Herzpalpitationen litt, dass dieselbe willkürlich die Pupille ihres rechten Auges erweitern konnte. Schon vor 5 Jahren bemerkte Patientin im rechten Auge einige Ungelenkigkeit und im Spiegel eine starke Erweiterung der rechten Pupille (nie der linken) und diese sei wieder normal geworden, sobald Patientin einige Zeit das Auge geschlossen habe. Bei wieder aufgenommener Arbeit sei dies wiedergekommen zugleich mit dem Gefühle, als ob das Auge hervorgetreten wäre. In der Folge habe sie unabhängig von der Arbeit durch Willensanstrengung die Pupille erweitern und sie immer wieder durch einige feste Augenlidverschliessungen zur Norm bringen können. v. B erklärt sich dies durch die Annahme, dass die Kranke durch willkürliche resp. Willensanstrengungen die sympathischen pupillenerweiternden Nervenfasern in einen activen Zustand zu versetzen vermag. Dass andere vasomotorische Erscheinungen der rechten Gesichtshälfte fehlten, erklärt sich daraus, dass der Halsstamm des Sympathicus besondere Fasern für die Gefässe und für die Iris enthält. Der Umstand, dass die Pupillenerweiterung einseitig ist, kann am natürlichsten auf eine pathologische oder abnorm erhöhte Erregbarkeit der zur Iris gehenden Nervenfasern derselben Seite zurückgeführt werden, es sind diese Fasern dem Willenseinflusse unterstellt.

Die Fähigkeit, durch Lidverschluss wieder die normale Pupillenweite herzustellen, ist nichts weiter, als die instinctive Benutzung des die Pupille stark verengernden intensiven Lichtreflexes auf die ausgeruhte Netzhaut beim Wiederöffnen des Auges.

Als Ursache der Unterstellung der pupillenerweiternden Centren unter den Willen nimmt v. B. die Existenz einer vorgebildeten Verbindung dieser mit den höheren, zu den Willensimpulsen in nächster Beziehung stehenden Hirncentren an. Aber diese Verbindung allein genügt noch nicht, es muss noch eine erhöhte Erregbarkeit vorhanden sein und diese ist beim Beginn des Zustandes dadurch hervorgerufen worden, dass ein Polyp der rechten Nase den oberen Trigeminusast stark reizte und die Ursache der erhöhten Erregbarkeit der pupillenerweiternden, in demselben Trigeminusaste verlaufenden Sympathicusfasern abgab.

Dauber - Würzburg.

---

5) H. **Griesbach** (Mülhausen, Elsass): Ueber Beziehungen zwischen geistiger Ermüdung und Empfindungsvermögen der Haut. (Arch. f. Hygiene XXIV, 2. Heft.)

Nachdem Verf. festgestellt hatte, dass bei Ermüdung die Weber'schen Tastkreise der Gesichtshaut bis zu vierfacher Grösse anwachsen, hat er mit dieser Untersuchungsmethode die ermüdenden Einflüsse von Schul- und Turnunterricht, von Mittagspause, Examen, genügender und ungenügender Nachtruhe der Schüler der Mülhauser Gelehrten- und Fortbildungsschulen

untersucht. Seine Ergebnisse sind für alle bei der Jugenderziehung betheiligten Kreise bemerkenswerth. Schon nach einer Stunde Unterricht treten Ermüdungserscheinungen auf. Turnunterricht vermag nicht immer die Ermüdung zu beseitigen, das vermag sogar nicht immer die Mittagspause von 2 Stunden. Näher kann hier nicht auf die interessante Arbeit eingegangen werden, nur die nach Verf. zweckmässigste Art des Unterrichts sei noch erwähnt: Im Sommer von 8, im Winter von 9 Uhr an bis halb 1 oder 1 Uhr. Nachmittags eine Turnstunde. Die dreimalige Anstrengung des jugendlichen Gehirns durch Morgenunterricht, Nachmittagsunterricht und Abendaufgaben hält Verf. für ganz besonders verwerflich, weil das Gehirn in den Zwischenpausen nicht genügend ausgeruht ist.

Erlenmeyer.

B. Nervenheilkunde.

I. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

6) **Nonne**: Weitere Beiträge zur Kenntniss der im Verlaufe letaler Anaemien beobachteten Spinalerkrankungen.

(Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk. Bd. VI, Nr. 16.)

N. untersuchte die Rückenmarke von 17 an Anaemie verstorbenen Menschen. Von diesen boten während des Lebens nur 5 das eine oder andere nervöse Symptom. Hierunter wurden gefunden das Westphal'sche Zeichen, leichte Ataxie, objective Sensibilitätsstörungen, lancinirende Schmerzen. In den Fällen, in denen pathologisch-anatomisch nur zweifelhafte oder beginnende Spinalveränderungen festgestellt werden konnten, wären keine Symptome während des Lebens vorhanden gewesen, ebenso in 2 Fällen, in denen eine deutliche anatomische Erkrankung vorhanden war; es ist also hier nach wie vor eine bedeutende Disharmonie zwischen dem klinischen und dem anatomischen Verhalten. Das Zurücktreten der klinischen Symptome erklärt N. dadurch, dass die Erkrankung der oberen Abschnitte des Rückenmarks über die der unteren überwiegt, und dass erfahrungsgemäss eine Erkrankung des Cervikalmarks länger latent bleiben kann als eine solche des Lendenmarks.

In Bezug auf die Aetiologie bieten die Fälle nichts Sicheres. Der Verlauf der Erkrankung war ein acuter oder subacuter. Es bildete sich eine schnell progressive motorische Störung der Extremitäten aus, die weniger eine reine Ataxie, als eine Mischform von Ataxie und motorischer Schwäche sind. Eine zeitweilige erhebliche Rückbildung ist möglich.

Dauber (Würzburg.)

7) **L. Jacobsohn**: Ueber die schwere Form der Arteriosclerose im Central-Nervensystem.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XXVII, 3. Heft.)

Verf. rechnet zu derselben diejenigen Fälle, bei denen es durch die Veränderungen an den Gefässen zu einer schweren localen Schädigung des von ihnen versorgten Nervengebietes kommt, am häufigsten durch Thrombose oder Embolie, die sich meist mit Hämorrhagie oder Aneurysmenbildung verbindet. Durch die letzteren wird, wenn sie klein sind, der geringste Schaden verursacht; andernfalls tritt eine theilweise Atrophie des umgebenden Gewebes ein. Die schlimmsten Folgen haben Blutungen und Verstopfung einer Endarterie, wodurch mit einem Schlage die Function

der betroffenen Nervenpartie aufgehoben wird. Einmal durch directe Zerquetschung, das andere Mal durch Abschneiden der Ernährung wird die Umgebung erweicht. Es kommt zum Zerfall, zur Resorption und es bleibt eine Narbe oder Cyste zurück. Die oft um die Gefässe herum gelegene Zone von ganz homogener Substanz, welche bisher als sclerosirtes Gewebe angesprochen ist, wird von J. als coagulirte ausgetretene Blutflüssigkeit aufgefasst. Prädilectionsstellen für Blutungen im Gehirn sind die grossen Ganglien nebst Umgebung, für Thrombosen der Hirnstamm, bes. Pons und Med. obl. Zur Erklärung hat man gefunden, dass die Art. der Hirnrinde meist Anastomosen besitzen, während die der Grosshirnganglien Endarterien sind, ebenso wie die central gelegenen Gefässe des Hirnstammes. Dazu kommt, dass diese Endarterien fast senkrecht aufsteigen und als verhältnissmässig kleine Gefässe von sehr grossen Stämmen entspringen, wodurch der Druck in ihnen erhöht sei. In erkrankten Gefässen mit höherem Blutdruck werden aber zweifellos Zerreissungen, Verstopfungen und Erweiterungen am ehesten zu Stande kommen. Dieser Localisation entsprechen auch die klinischen Bilder bei der schweren Arteriosclerose, welche als Apoplexia sanguinea oder acute Bulbärparalyse sowie Pseudobp. beobachtet werden. Die letzteren sind sehr wechselnd und zeigen verschiedene anatomische Befunde. Dieser Wechsel der Erscheinungen erklärt sich daraus, dass eine Erkrankung der Gefässe, arteriosclerotischer oder syphilitischer Natur, zu Grunde liegt und dass diese sich nicht bloss auf den Bulbus beschränkt, sondern das ganze Gehirn mehr oder minder befallen hat. Trotzdem ist eine gewisse Aehnlichkeit des klinischen Bildes vorhanden, welche einerseits auf dem apoplectischen Charakter, andererseits auf dem Ergriffensein der Prädilectionsstellen beruht. Während daher J. den Namen Bulbärparalyse für die chronische Form gerechtfereigt hält, da sie ihn nach ihrer constanten Localisation voll verdiene, schlägt er für die gemischten Formen, bei denen in der Mehrzahl der Fälle die Affection des Bulbus, wenn sie überhaupt vorhanden sei, nur eine Theilerscheinung einer Erkrankung des ganzen Gehirns bilde, den Namen „Multiple Erweichungen" vor. Er beschreibt nun ausführlich einen solchen Fall von unreiner acuter Bulbärparalyse auf Grund von schwerer Arteriosclerose, wobei mehrere appoplectische Anfälle erfolgt waren und wo sich im ganzen Grosshirn zerstreut, im Kleinhirn und im Rückenmark Erweichungsheerde und frische Blutungen vorfanden. (2 Tafeln.) Bei jedem Anfall waren Lähmungen, sowohl von Hirnnerven als auch der Körpermusculatur eingetreten, die Symptome wechselten vielfach, indem bald neue hervortraten, bald vorher dagewesene verschwanden. Nur ein Theil der Erscheinungen deutete auf Ergriffensein des Bulbus. Auf die genaueren microscopischen Befunde kann hier nicht eingegangen werden, hervorheben will ich nur, dass nach der Beobachtung des Verf. die Fasern des Pyramidenvorderstrangs im Hirnstamm wahrscheinlich getrennt von denen des Pyramidenseitenstranges liegen und dass sie in der Med. obl. den lateralen Winkel des Pyramidenfeldes einnehmen.

Max Edel, Dalldorf.

8) **A. Wizel:** Un cas de sclérose en plaques à forme d'hémiplégie alterne. (Revue neurologique Nr. 11, 1895.)

Der von W. beobachtete Kranke, ein 32jähriger, erblich nicht belasteter Schuhmacher litt in früher Jugend an Rachitis, mit 8 Jahren an

einer Pneumonie und ergab sich von seinem 10. Lebensjahre an der Onanie. Sein gegenwärtiges Leiden begann vor 6 Jahren mit Schwächeanwandlungen, Schwindel, rechtsseitiger Parese, Sprachstörung und Doppeltsehen. 3 Jahre später Intentionstremor der oberen Extremitäten, welches Symptom wieder schwand. Seit einigen Jahren bestehen auch Blasen- und Mastdarmbeschwerden, und ist das Sehvermögen verringert.

St. praes. Rechtsseitige Hemiparese mit leichter Contractur der Extremitäten. Der Patellarreflex rechts erheblich gesteigert, beim Gehen „mäht" der Kranke mit dem rechten Beine, dabei auch deutliches Schwanken. Parese des linken Facialis und des Abducens (also alternirende Hemiplegie) Contractur und Steigerung des Kniephänomens auch an der linken Unterextremität. Nystagmus und Decoloration der Papille. Langsames und erschwertes Sprechen. Gesichtsausdruck etwas blöde, die Intelligenz sehr reducirt. Seitens der Blase und des Mastdarmes zeitweilig Erscheinungen von Incontinenz, zeitweilig solche von Retention.

Der Verfasser ist der Ansicht, dass die Combination der Symptome der multiplen Sclerose mit dem Millard-Gabler'schen Syndrom im obigen Falle nicht auf Coexistenz zweier Krankheiten zurückzuführen ist, sondern dass der Fall in die Charcot'sche Kategorie der formes frustes par intervention des phénomènes insolites der Sclérose en plaques gehört. Die alternirende Hemiplegie ist durch einen sclerotischen Herd im Bereiche der Brücke, wo der Pyramidenstrang in der Nachbarschaft der Facialis- und der Abducensfasern gelagert ist, bedingt.

L. Löwenfeld.

---

9) **Klippel:** Comment débutent les dégénérescences spinales.
(Arch. de Neurol. 1896, Nr. 107.)

Auf Grund eigener Untersuchungen, sowie in der Litteratur sich vorfindender Angaben anderer Autoren kommt Klippel zu dem Schluss, dass sowohl bei acuten Myelitiden als auch bei chronischen Rückenmarkserkrankungen (Tabes, secundäre Degeneration, Paralysis progressiva etc.) der Beginn der Degeneration der Rückenmarksfasern microscopisch die gleichen Bilder aufweist. In beiden Fällen stellt sich zunächst eine Schwellung und scheinbare Hypertrophie der einzelnen Fasern ein, dann verflüssigt sich das Myelin und verliert seine gewöhnliche concentrische Schichtung, und zwar beginnt dieser Process zunächst in den dem Achsencylinder zunächst anliegenden Partieen und schreitet von da zur Peripherie fort; inzwischen hat auch der Achsencylinder, der zunächst mehr oder minder gequollen und vergrössert erscheint, seine normale runde Form verloren und zeigt auf dem Querschnitt die verschiedenartigsten unregelmässigen Figuren, um schliesslich körnig zu zerfallen und dann ganz zu verschwinden. Auch an den Ganglienzellen scheint der Degenerationsprocess bei chronischen und acuten Erkrankungen gleich oder doch sehr ähnlich zu beginnen. Bemerkenswerth ist, dass sich diese schweren Veränderungen der nervösen Elemente schon zu einer Zeit einstellen, wo an den Gefässen oder an der Neuroglia und dem Bindegewebe erst ganz unbedeutende Alterationen nachweisbar sind.

Falkenberg (Lichtenberg.)

---

10) **Pfeiffer**: Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der acuten Myelitis.
(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 7, XIII)

Bei einem gesunden, luetisch nicht (?) inficirten Manne tritt nach einleitenden, scheinbar rheumatischen Beschwerden plötzlich eine complete, motorische und sensible Lähmung der unteren Körperhälfte ein. Unter Entwicklung ausgedehnter, tiefgreifender Decubitalgeschwüre, einer eitrigen Cystitis und zunehmender Herzschwäche folgt ca. 6 Wochen später der Exitus. Autoptisch ergibt sich eine Myelitis lumbodorsalis von unterhalb der Halsanschwellung ab, die sich in vollständiger Ausbreitung über den ganzen Querschnitt im Lenden- und unteren Brustmark, in einer mehr fleckweisen Anordnung im mittleren Dorsaltheil und in einem stärkeren Befallensein der grauen Substanz in höheren Ebenen vorstellt. Im Vordergrunde stehen die acut-entzündlichen Vorgänge an den Gefässen, besonders den Venen. Bei Entscheidung der Frage, ob es sich um eine Myelitis oder eine Erweichung oder eine Combination beider Zustände handelt, neigt Pf. der Annahme eines myelitischen Charakters zu.

Betreffs der Aetiologie nimmt er mit Wahrscheinlichkeit eine der sogenannten spontanen oder rheumathischen Myelitiden an.

In einem zweiten Falle, der an mehrfach operirtem Kieferepitheliom zu Grunde ging und bei dem pathol. anatomisch die Differentialdiagnose zwischen multipler Sclerose und acuter disseminirter Myelitis zu stellen war, entscheidet sich Pf. für die letztere, wegen der starken Quellung der nervösen Elemente, des Fehlens nackter Axencylinder, der relativ geringen Betheiligung der Gefässe, sowie aus der Beschaffenheit des betheiligten Gliagewebes (starke Wucherung desselben, in welches neben spärlichen gequollenen Nervenfasern Gruppen von corpora amylacea eingeschlossen sind).

Dauber (Würzburg.)

11) **Haskovec**: Contribution à l'étude de la tuberculose de la moelle épinière.
(Arch de Neurol. XXX, 103.)

Eine 26jährige tuberkulöse Frau erkrankte unter dem Bilde einer akuten Myelitis und starb nach ca. $3^1/_2$ Monaten. Mikroskopisch fanden sich in der Pia, dem Rückenmark und den Wurzeln theils diffuse entzündliche Processe, theils typische tuberculöse Knötchen mit Riesenzellen. Sie sassen sehr oft in den Gefässscheiden und verbreiteten sich von der Peripherie aus längs der Gefässe und der Bindegewebssepten bis in die weisse und auch graue Substanz. Der Process war am stärksten im oberen Dorsalmark, die Färbung auf Tuberkelbacillen lieferte negative Resultate.

Falkenberg (Lichtenberg.)

---

12) **Brauer**: Beitrag zur Lehre von den anatomischen Veränderungen bei Morbus Addisonii.
(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, Bd. 7, XVIII.)

B. untersuchte einen Fall, der an Morbus Addisonii und Lungentuberculose ad mortem gekommen war und kommt zu folgendem Befunde:
Die Nebennieren und die in sie einstrahlenden Nerven sind normal.

„Es ist bis zur Stunde nicht erwiesen, dass in einer anatomisch nachweisbaren Affection des sympathischen Systems das characteristische Substrat für den Morbus Addisonii zu suchen ist.

Die Inconstanz der diesbezüglichen Befunde, die gerechten Zweifel, die in die pathologische Dignität einiger der beschriebenen Veränderungen zu setzen sind, die gleichartigen, auch sonst am Sympathicus nachgewiesenen Läsionen ohne gleichzeitigen Morbus Addisonii, endlich die einzelnen völlig negativen Befunde machen es sehr wahrscheinlich, dass Sympathicusaffection und Morbus Addisonii nicht in festgefügter Wechselbeziehung stehen, dass der letztere nicht aus ersterer heraus zu erklären ist.

Eher ist es möglich, dass in Abhängigkeit von der uns noch unbekannten Ursache des Morbus Addisonii oder in Folge der starken Cachexie secundäre Störungen im sympathischen System entstehen und so vielleicht einzelne Symptome der Krankheit hervorrufen oder beeinflussen."

Dauber-Würzburg.

---

13) **Bleuler:** Die Gliose bei Epilepsie.

(Münch. med. Wochenschr. Nr. 33, 1895.)

Sclerotische Veränderungen (Chaslin) verschiedener Theile des Gehirns sind bei Autopsien Epileptischer schon sehr häufig gefunden worden.

Methode: Die Gehirne waren sämmtlich in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet; die Schnitte kommen in $^1|_2{}^0|_0$ige Osmiumlösung (ca 10'), Färbung mit NH_3 Carmin, welche die Neuroglia wenigstens in der obersten Rindenschicht deutlich genug hervortreten liessen. (Leider verlieren diese Präparate mit der Zeit an Deutlichkeit.) Diffuse, nicht subpiale Gliosen, welche den bei Epileptikern gewöhnlichen Grad nicht übersteigen, sind mit der Methode nicht nachzuweisen.

An 26 untersuchten Epileptikergehirnen (von 15 männlichen und 11 weiblichen Patienten) fehlte nun niemals eine deutliche Hypertrophie der zwischen Pia und den äussersten tangentialen Nervenfasern gelegenen Gliafasern. Diese sind vermehrt, verdickt und offenbar auch verlängert. Die Abnormität war meistens über den ganzen Hirnmantel verbreitet; doch zeigte jedes Gehirn Schnitte, an denen sie nicht oder nicht deutlich nachzuweisen war. Prädilectionsstellen kann man keine nennen. Die Intensität des gliösen Processes war nicht proportional der Dauer der Krankheit. Eher correspondirte sie mit der Stärke der Verblödung. Ob die Zahl der Anfälle von Einfluss ist, lässt sich nicht sagen.

Zur Controlle standen 84 Gehirne von Nichtepileptikern zur Verfügung (Idiotie, cerebrale Kinderlähmung. Paranoia, diffuse Hirnschrumpfung, Paralyse etc.). Bei den meisten dieser Gehirne nun zeigte sich keine Spur der Randgliose. Andeutungen davon fanden sich in 15; in keinem dieser Fälle glich indess das Bild ganz dem einförmigen Befund bei den Epileptikern.

Roncoroni (Turin).

II. Specielle Pathologie.

a) Rückenmark.

14) **M. Köppen**: Ueber Pachymeningitis cervicalis hypertrophica.
(Arch. f Psych. u. Nervenkr. XXVII, 3. H. Mit einer Tafel.)

An der Hand von 2 Fällen mit ausführlichen Krankengeschichten, Sectionsergebnissen und microscopischen Befunden wird zu zeigen gesucht, dass die P. c. h. keine besondere Erkrankung für sich darstellt. Im ersten ist syphilitische Infection vorausgegangen.[1]) Bei einem Mann im mittleren Lebensalter[2]) entwickelte sich ziemlich allmählich eine Lähmung, welche innerhalb 2 Monaten zunächst die Arme, nach weiteren 3 auch die Beine betroffen hatte. Während die letztere einen spastischen Character hatte, trat Atrophie in einigen Schulter- und Zwischenknochenmuskeln auf, von denen die am stärksten ergriffenen, der Interosseus I und Opp. poll., auch electr. E. A. R. zeigten. Periost- und Sehnenreflexe wie Kniephänomen waren gesteigert, Fuss- und Patellarclonus leicht auszulösen. Spannungen in den Armen führten allmählich zur Beugecontractur, in den Beinen zu Spitzfussstellung. Bewegung der Arme leicht atactisch, geringe Herabsetzung der Schmerzempfindung in den Extremitäten, fortwährender Stuhldrang, absatzweise, durch häufige Athmung unterbrochene Sprache, psychisch Demenz. Bei der Section (Hausmann) fand sich ausser zahlreichen interstitiellen Processen in Form von Narben und fibrösen Verdickungen an den inneren Organen Trübung der Pia des Gehirns, besonders an der Basis, im Rückenmark Verwachsung der Dura mit der Pia in ganzer Peripherie in Höhe des 4.—6, Halsnerven, im Uebrigen nur am dorsalen Theil. Beide Häute waren verdickt mit einzelnen Vorwölbungen und durchscheinend. An den Stellen der stärksten Meningealverdickung bestand graue Degeneration der Randpartien innerhalb der Rückenmarkssubstanz. Microscopisch ergab sich im Halsmark Kernvermehrung im Endothelgebiet unter der Dura, wovon das Wachsthum derselben ausging, zahlreiche Kerne in Arachnoidea und Pia, den Septen der Nervenwurzeln, den verdickten Gliazügen, deren Auftreten wesentlich an das Vorkommen von Gefässen gebunden schien, Zerfall und Schwund der Nervenfasern. Vorzugsweise sind die Hinterstränge degenerirt. Im Dorsal- und Lendenmark besteht leichte Degeneration der Seitenstränge. An den Gefässen zeigen sich die bekannten Veränderungen, Verdickung der Intima und Kernvermehrung der Adventitia, und zwar in der Substanz wie in den Häuten von Hirnstamm und Rückenmark. Unterhalb des Ependyms ist Kernwucherung sichtbar.

Im zweiten Fall ist keine syphilitische Infection zu eruiren, Bei einer 51jährigen Frau begann die Erkrankung mit Reissen im linken Arm, Gefühllosigkeit in dem rechten Bein und in der linken Backe. Erst 9 Jahre später wurden die 4 Extremitäten gelähmt, es stellten sich Nackensteifigkeit und Schmerzen in den Gliedern, Blasenstörungen und erhebliche Empfindlichkeit der Wirbelsäule ein; es bestanden Ataxie der Hände, Spannung in den Gelenken der Arme, geringe Atrophie der Thenarmuskeln, unwillkürliche Zuckungen in denselben, verstärkte

---

[1]) Zuerst wird angegeben vor 18 Jahren, später vor 10.
[2]) Zuerst wird angegeben, bei einem 50jährigen, später 43jährigen Manne.

Kniereflexe und Fussclonus, geringe Atrophie der Thenarmuskeln, ferner abgehackte Sprache, Temperatursinnstörung an allen Extremitäten. Linke Pupille r., leichte Ptosis, Schwäche der Augenmuskeln, Atrophie der Nervi optici, geringe Demenz. Wechsel in der Intensität der Bewegungsstörungen, Gürtelgefühl in der Brust, Schmerz im Unterleib Die Section stellte Meningitis chr. cerebrospinalis (syphilitica), Hydrocephalus internus, Epend. gran. fest. Pia der Hirnbasis verdickt, Rückenmarkshäute im oberen Theil fest mit einander verwachsen und die Pia bis nach unten verdickt und getrübt. Microscopisch Kernvermehrung wie in Fall I, aber weniger intensiv, Querschnitte vom 4.—7. Cerv-Nerv abgeplattet, Nervenwurzeln normal, ausgesprochene Randdegeneration von verschiedener Ausdehnung, Nervenfasern in Hinter- und Seitensträngen in Zerfall. Im Dors.- und Lendenmark ungewöhnliche Blutfülle der Gefässe, besonders in der grauen Substanz, welche nebst der Verdicknug der weichen Häute die Blasenstörung und Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule erkläre Dieselben Gefässveränderungen wie im ersten Falle fanden sich im Hirn und Rückenmark, nur zeigte sich eine Neigung zu hyaliner Degeneration.

In beiden Fällen wurde die characteristische Predigerhandstellung vermisst; dies sei ebenso wie die Betheiligung der Schultermuskeln beim ersten möglicherweise auf den höheren Sitz der Membranverdickung im Halsmark zu beziehen. Nicht erwähnt sei bisher die bei beiden beobachtete Sprachstörung, die wegen des in Höhe des IV. Cervicalnerven gelegenen Centrums für den Phrenicus öfter zu erwarten sei, ferner die incontinentia alvi et urinæ im ersten, die einerseits als Folge der Leitungsunterbrechung durch die Halsmarkerkrankung, andrerseits durch die Veränderungen im Lendenmark selbst hervorgerufen sein kann. Die Spasmen seien durch den Nervenfaserzerfall im Halsmark, zumal bei der leichten Entartung der Seitenstränge, leicht verständlich. Die starken Atrophien der Muskeln im ersten Falle erklären sich aus den Degenerationen der Nervenwurzeln an den am stärksten verdickten Partien, während die geringen, im zweiten, dem Fehlen solcher Veränderungen der Wurzeln entsprächen. Die Duraverdickung sieht Köppen bei beiden nicht als eine primäre an, da im Dorsal- und Lendenmark nur die weichen Häute erkrankt sind. Im ersten sei nur die Randdegeneration auf eine mechanische Compression des Rückenmarks durch die verdickten Häute zurückzuführen, im zweiten beruhe die Abplattung des Querschnitts darauf. Nichtsdestoweniger habe sich aber das Rückenmark zum grössten Theile selbstständig an der Entzündung betheiligt, wie denn auch das Mark in den unteren Abschnitten, wo von einem mechanischen Druck nicht geredet werden könne, dieselben Veränderungen wie im Halsmark zeige. Den Ausgangspunkt des Processes sieht K. somit gegenüber Joffroy, der eine Fortleitung der Entzündung im Rückenmark von derjenigen der Häute aus annehme, in einer Entzündung des Bindegewebes und der darin verlaufenden Gefässe, welche überall, wo die Elemente desselben nur vorkämen, stattfinden und gleichmässig die Veränderungen an den Häuten und im Marke bewirke. Die syphilitische Natur des ganzen Vorgangs ist in Fall I zweifellos, da abgesehen von der zugestandenen Infection das anatomische Bild ganz dem bekannten der diffusen chr. syph. Entzündung mit allgemeiner Kerninfiltration, Bindegewebsvermehrung und

und namentlich End- und Periarteritis entspricht. Nur wurde das Vorkommen von Rundzellengeschwülsten vermisst. Fall II ähnelt zum mindesten sehr der cerebrospinalen Lues. Die Beispiele reihen sich den Fällen von Adamkiewicz und Wieting an und sollen zeigen, dass neben der localen Erkrankung der Häute in der Höhe des Halsmarkes das ganze Centralnervensystem betheiligt sein kann, was auch klinisch, besonders in Fall II erkennbar wäre. Als eine rein locale Beschränkung der Meningealverdickung will K. wesentlich die Fälle traumatischen Ursprungs und diejenigen im Anschluss an eine Wirbelerkrankung betrachtet wissen.

Köppen schliesst sich dem Vorschlag Wieting's an, den Namen Pachymeningitis cerv. hypertr. als schlecht gewählt fallen zu lassen und dafür den umfassenderen Meningomyelitis zu setzen, trotz der Kritik Böttiger's, da er gezeigt zu haben glaubt, dass es sich um eine gleichzeitige Erkrankung der Meningen und des Rückenmarks handle und dass der Process kaum etwas eigenartiges habe. Max Edel (Dalldorf).

---

15) **E. A. Homen** (Helsingfors): Un cas d'abscès de la moelle. (Revue neurologique Nr. 4, 1895.)

Neben den durch Traumen verursachten purulenten Infiltrationen des Rückenmarks weist die Litteratur nur 3 genauer beschriebene Fälle von Rückenmarksabscess auf: von Nothnagel. Ullmann und Schlesinger. Der Fall, über welchen H berichtet, betrifft einen 56jährigen Mann ohne hereditäre Antecedentien, welcher am 21. April 1893 von heftigen Schmerzen in den Beinen, dem Kreuze, der Brust und den Schultern befallen wurde, dabei jedoch anfänglich noch umherging 2 Tage später wurde plötzlich das linke Bein gelähmt und empfindungslos, am nächsten Tage auch das rechte Bein; zugleich Cessiren der Kreuz- und Beinschmerzen. Schwierigkeiten beim Uriniren und Störung der Defäcation.

Beim Eintritt des Kranken in das Hospital am 30 April fand sich: Etwas Somnolenz, vollständige Lähmung beider Beine, der Becken- und Rückenmuskeln, vollständige Anästhesie der Beine und des Rumpfes bis zur 4. Rippe vorn und drei Finger breit höher rückwärts. Die Motilität der Arme und Hände erhalten, doch etwas Ataxie. Urinretention, Incontinentia alvi. Links umschriebene Pneumonie, Temperatur 38—39°. Exitus am 2. Mai, 10 Tage nach Beginn der Lähmung.

Die Autopsie ergab: Im Gehirn an verschiedenen Stellen kleinere Abscesse; purulente Bronchitis, in der linken Lunge ein bronchopneumonischer Herd und 2 bronchi-ectatische Höhlungen mit eingedicktem Eiter. Der Abscess, welcher sich im Rückenmark fand, bestand aus 2 Abschnitten, welche sich von dem 4. cervicalen bis zum 7. dorsalen Segmente erstreckten mit fast vollständiger Unterbrechung in der Höhe des 8. cervicalen Segments. Derselbe nahm im Allgemeinen die hinteren centralen Partien ein. An der Stelle der grössten horizontalen Ausdehnung des Abscesses im unteren Theile des 4. dorsalen Segmentes waren die Seitenstränge zum grössten Theile untergegangen und bildeten die Wandung der Abscesshöhle, stellenweise lediglich die weichen Häute. Diese erwiesen sich im Allgemeinen intact, nur an einzelnen Partien, an welchen der Eiterherd der Peripherie sich näherte oder diese erreichte, fand sich eine geringe Infiltration

der Pia und Arachnoidea. Die Hinterstränge in der ganzen Cervicalregion zeigten deutlich den Beginn secundärer Degeneration. Jn nach der Gram-Weigert'schen Methode behandelten Schnitten aus verschiedenen Regionen der erkrankten Rückenmarkstheile liessen sich Streptokokken, ebenso auch in dem Eiter der Gehirnabscesse constatiren.

H. verweist auf den raschen Verlauf der Krankheit, die metastatische Natur und die Abhängigkeit des Abscesses von Bronchiectasien, das Fehlen einer purulenten Meningitis, wodurch sich die Beobachtung von den bisherigen Fällen von Rückenmarksabscess unterscheidet, und die secundäre aufsteigende Degeneration in den Hintersträngen, die sich 8 Tage nach dem Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen bereits fand. Die klinischen Erscheinungen ergeben sich einfach aus dem anatomischen Befunde.

L. Löwenfeld.

---

16) **Leimbach:** Statistisches zur Symptomatologie der Tabes dorsalis.
(Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde, Bd. VII, 22)

Aus den Angaben von 400 Krankengeschichten studirt L. die Häufigkeit von Tabessymptomen im Frühstadium und ordnet die Symptome nach der Häufigkeit ihres Vorkommens in folgender Reihenfolge: Fehlen der Sehnenreflexe (92%), Schwanken oculis clausis (88,75 %), lancinirende Schmerzen (88,25%), Blasenstörungen (80,5 %), Ataxie der Beine (74,75 %), Veränderung der Pupillenreaction (70,25 %), Parästhesien an den Beinen (64,5 %), Schwächegefühl und leichte Ermüdbarkeit in den Beinen (62,25 %), Herabsetzung und Aufhebung des Geschlechtstriebs (58,25 %), Veränderung der Pupillenweite (48,25 %), Verlangsamung der Schmerzleitung (36,5 %), Hypalgesie in den Beinen (33,75 %), Gürtelgefühl (31 %), vorübergehendes Doppelsehen (26,5 %), Herabsetzung der Tastempfindung an den Beinen (23,25 %), Ulnarisparästhesien (16,5 %), Augenmuskellähmung und Ptosis (16%), Opticusatrophie (16,75 %), Nachdauer des Schmerzes an den Beinen (6 %), Krisen (5,2 %) und Arthropathien (1,75 %).

Dauber-Würzburg).

---

17) **Hirschl:** Ein Fall von tabischer Polyarthropathie.
(Wien. klin. Wochenschr. 1895, 741.)

Im Verein für Psychiatrie und Neurologie zu Wien stellte der Verf. eine tabische Kranke vor, die ausgedehnte arthritische Deformation an Unterkiefer-, Schulter-, Hüft- und namentlich an den Fussgelenken darbot. Beide Füsse waren unförmig gestaltet. Obgleich positiver Befund für uratische Diathese vorhanden war, glaubt Verf. doch den multiplen arthritischen Process nicht als arthritis deformans auffassen zu dürfen, wegen des plötzlichen Beginns, der Schmerzlosigkeit und starkem Flüssigkeitserguss beim Entstehen, ferner wegen der abnormen Beweglichkeit in manchen Gelenken und des Fehlens der knorpeligen Randwucherungen. Er bezeichnet desshalb den Fall als tabische Arthropathie. Bezüglich der Entstehung dieser Gelenkveränderungen misst er der Analgesie der Gelenke Bedeutung bei.

Lehmann (Werneck).

---

18) **Lépine** (Lyon): Deux cas anormaux d'arthropathie tabétique de la hanche.

(Lyon médical 1895, Nr. 7.)

1. Fall. 37jähriger Mann, der im Jahre 1888 einen harten Schanker hatte. Seit einem Jahr verspürt er Schmerzen in der rechten Unterextremität, die allmählich einen lancinirenden Character annahmen. Ende Juli 1894 wegen besonders heftiger Schmerzen Bettruhe. Nach wenigen Tagen bekam der rechte Schenkel ziemlich plötzlich eine beträchtliche Schwellung. Bei Incision entleerte sich plötzlich eine bedeutende Menge Flüssigkeit, die nicht fadenziehend war und der Synovia ähnelte. Januar 1895 klagte der Kranke über Hinken und erschwertes Gehen. Es wurde eine Verkürzung des rechten Beines um 3 cm und eine beträchtliche Laxheit des Coxofemoralgelenkes constatirt. Kein deutliches Krachen bei Bewegungen. Im Uebrigen klassische Tabes.

2. Fall. 38jähriger Mann, der vor 14 Jahren einen harten Schanker und später Plaques am Anus hatte. Vor 4 Jahren mal perforant du pied. Seit 8 Jahren lancinirende Schmerzen in beiden Unterextremitäten; seit 2 Jahren erschwerter Gang. Im October 1894 nach einer sehr heftigen Schmerzattaque Krachen im rechten Hüftgelenk; allmählich bildete sich eine Anschwellung der Inguinalgegend aus. Im December Aufnahme ins Spital. Eine Incision förderte der Synovia ähnliche Flüssigkeit zu Tage. Unmittelbar darauf verkürzte sich das betreffende Bein. Später stellte sich grosse Schlaffheit des rechten Hüftgelenkes und Krachen darin ein. Gleichzeitig Romberg, Fehlen der Patellarreflexe, leichte Plantaranästhesie. Gürtelgefühl, Urinbeschwerden festgestellt.

In beiden Fällen handelte es sich hiernach zweifelsohne um tabetische Arthropathie. Merkwürdig ist, dass sich die Gelenkflüssigkeit in gewisser Entfernung vom Gelenk angesammelt hatte. Im ersten Falle scheint sich dieselbe unter die Fascia lata ergossen zu haben; im zweiten folgte sie der Muskelscheide des Psoas. Beide Male zeigte der Tumor keine Neigung zur Verkleinerung.

Buschan.

---

19) **L. E. Bregmann** (Warschau): Zur Diagnostik der Syringomyelie.

(Neurol. Centralbl 1895, Nr. 17.)

Bei dem 27jährigen Gärtner traten seit dem 16. Lebensjahse nach einem Urticaria-ähnlichen Ausschlag am linken Arm und an der linken Brusthälfte eine Reihe von eigenthümlichen Sensibilitätsstörungen in der linken Körperhälfte auf, die mit Verlust des Temperaturgefühls im linken Arm begannen (wiederholte Brandwunden). Dazu kam später ein Gefühl von Brennen, namentlich auf der dorsalen Seite des Vorderarms und Schmerzen, die von hier nach oben ausstrahlten, sich später zwar verringerten, dann Jahre lang fortdauerten, zuletzt nur noch selten auftraten. Bis vor 2 Jahren bestand Hyperhidrosis am linken Arm und der linken Rumpfseite. Seit 3 Jahren starke Schmerzen in der linken Rumpfhälfte.

Bei der Untersuchung (December 94) keine Atrophien, Händedruck links etwas schwächer, Sensibilität rechts in allen Qualitäten erhalten, links nur die tactile Empfindung, Orts-, Druck-, Muskel- und stereognostischer Sinn normal, während Schmerz und Temperatursinn nur in den unteren

Extremitäten und am Rumpfe bis zu einer etwa der 10. Rippe entsprechenden Linie gut erhalten sind. Von da reicht nach oben das Gebiet der Sensibilitätsstörung, welches bis zum Hals und Kopf geht, die vordere Haargrenze nicht erreicht und seitlich bis ans Ohr und den Rand des Unterkiefers herantritt. Im unteren Theile dieses Gebietes ebenso wie in der linken oberen Extremität völliger Mangel, von der 2. Rippe aufwärts nur Herabsetzung der Schmerz- und Temperaturempfindung. Seitens der Schleimhäute und Sinnesorgane keine Störungen, Sehnenreflexe etwas erhöht. Linke Hand livide, starke Abkühlung derselben bei Einwirkung der Kälte.

Die faradische Behandlung hatte wenig Erfolg. Im Februar v. J bildete sich rechts ohne besondere Ursache ein Hygroma buræ olecrani aus.

Trotz des Mangels von Muskelatrophie und von motorischen Störungen glaubt B. doch aus der Localisation der Symptome, den subjectiven Erscheinungen und dem ausserordentlich chronischen Verlauf Syringomyelie (resp. primäre centrale Gliose nach Hoffmann) diagnosticiren zu müssen, welche vorwiegend das Hinterhorn in Hals- und Brustmark betreffen dürfte. Hoppe.

---

20) **Rothmann**: Die primären combinirten Systemerkrankungen des Rückenmarks (combinirte Systemerkrankungen).

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. VII, 10.)

R. theilt in einer ausführlichen Arbeit die Krankengeschichten und pathologischen Befunde bei 3 Fällen von combinirter Systemerkrankung mit, stellt 28 Fälle dieser Art aus der Litteratur zusammen und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die primäre combinirte Strangerkrankung des Rückenmarks ist als ein selbstständiges Krankheitsbild aufrecht zu erhalten.
2. Klinisch ist dieselbe im Allgemeinen durch gleichzeitigrs Auftreten von auf Erkrankung der Hinter- und Seitenstränge zu beziehenden Symptomen ausgezeichnet. Der Patellarreflex ist Anfangs erhöht, bleibt entweder bis zum Tode erhalten oder verschwindet doch erst in den letzten Stadien. Die Pupillarreaction ist gleichfalls in fast sämmtlichen Fällen erhalten. Der Process ergreift fast stets zuerst die unteren Extremitäten und steigt später nach aufwärts.
3. Die Krankheit verläuft ziemlich schnell, erstreckt sich nicht über 3 Jahre hinaus.
4. Im Rückenmarke findet sich stets eine Erkrankung der Hinterstränge mit fast gänzlicher Freilassung der hinteren Wurzeln und spätem Befallensein der hinteren Wurzelzone, der Py S. und gewöhnlich auch Py V. und der Kl. S. Daneben kann eine unregelmässige schwächere Degeneration der Vorder- und Seitenstrangreste bestehen.
5. In einer grossen Zahl von Fällen ist eine Erkrankung der grauen Substanz des Rückenmarks nachzuweisen.
6. Eine primäre Affection der grauen Substanz ist am besten im Stande, den ganzen Process der combinirten Strangerkrankung zu erklären. Aetiologisch kommt Rückenmarkserschütterung und perniciöse Anämie besonders in Betracht, während Lues keine wesentliche Rolle spielt.

7. Scharf von der primären combinirten Strangerkrankung zu scheiden sind die Fälle von alter Tabes mit secundärer Seitenstrangserkrankung in den letzten Stadien und von spastischer Spinalparalyse mit Degeneration der Py. S. und secundärer Affection der Goll'schen Stränge und Kl. S. Dauber-Würzburg.

---

21) **Robert Mackenzie:** Case of amyotrophic lateral sclerosis, complicated with Influenza. Fatal results.

(Edinburgh med. Journ., August 1895.)

M. berichtet, dass ein 52jähriger Mann, der an amyotrophischer Lateralsclerose und gleichzeitiger Paralysis glosso-labio-pharyngeal. litt, von der Influenza befallen wurde und innerhalb 8 Tagen an Herzschwäche zu Grunde ging. M. zieht den Schluss, dass die Prognosis sehr ernst zu stellen ist, wenn Jemand, der mit einer schweren centralen Nervenstörung behaftet ist, an Influenza erkrankt.

Bielschowsky (Breslau).

---

22) **E. Perregaux** (Basel): Ueber einen Fall Friedreich'scher Krankheit.

(Correspbl. f. Schweiz. Aerzte 1895, Nr. 20, October 15.)

17jähriges Mädchen aus angeblich vollständig gesunder Familie wurde vor 2 Jahren in eine auswärtige Pension gegeben, wo sie unter strenger Zucht und angestrengter Arbeit, sowie an Heimweh zu leiden hatte. Während dieser Zeit entwickelten sich allmählich die Gehstörung und Muskelzuckungen.

Status präsens: Hochgradige Bleichsucht. An Kopf, Gesicht und oberen Extremitäten fällt eine grosse Unruhe der Muskulatur auf. Fortwährendes Grimassenschneiden. Eindruck einer leichten Chorea. Kein Nystagmus, aber doch Unruhe des Bulbus. Ataxie der oberen Extremitäten nicht vorhanden. Gang zeigt Andeutungen spinaler Ataxie; es handelt sich um einen hässlichen, schwerfällig breiten, watschelnden, taumelnden Gang, bei dem die Patientin angiebt, oft etwas Schwindel zu verspüren. Kein Romberg, nur etwas Wanken beim Stehen mit geschlossenen Augen. Eigenthümliche Klumpfüsse (übermässige Wölbung des Fussrückens, Ueberstreckung der grossen Zehen). — Patellarreflexe beiderseits vollkommen erloschen. Keine Andeutung von Rigidität der Muskulatur, keine Atrophien. Nirgends eine Störung der Sensibilität und des Muskelsinnes. — An beiden unteren Extremitäten ist die electrische Erregbarkeit für beide Stromesarten, besonders aber für den faradischen Strom, herabgesetzt. — Pupillenreaction, Augenhintergrund, Papillen, Bulbusmuskulatur ganz normal. Keine Gesichtsfeldeinengung.

Sprache hat wenig gelitten, ist etwas langsam, weder scandirend, noch explosiv. Handschrift zittert, schwer leserlich. Intelligenz normal, leichte Reizbarkeit. Menses bis dahin noch nicht erschienen.

Trotzdem zwei Cardinalsymptome für die Friedreich'sche Krankheit, nämlich Nystagmus und statische Ataxie fehlen, hält Verf. an dieser Diagnose fest. Er hebt im Besonderen noch hervor, dass „chemisch reine Fälle" dieser Krankheit eine recht grosse Seltenheit sind.

Buschan.

---

b) Neurosen.

23) **A. Spanbok** (Warschau): Ueber einen Fall von Hysterie mit Erscheinungen der Akinesia algera.
(Neurol Centralbl. 1895, Nr. 12.)

Bei dem 12jährigen Knaben, dessen Eltern nahe Blutsverwandte waren, traten vor einigen Jahren Anfälle von Erstickungsgefühl (Spasmus pharyngis) auf, daneben Anästhesie des Rachens. Seit einem halben Jahr Schmerzen in den Händen. Vor 5 Wochen heftige Kopf- und Bauchschmerzen, zuletzt mit chronischen Krämpfen in den oberen Extremitäten. Druck auf die Wirbelsäule in der Höhe der Schulterblätter ruft Krämpfe hervor. Druck auf die Hoden sistirt dieselben. Sehnenreflexe sind abgeschwächt, Cremastereflexe verstärkt.

Die andauernden Schmerzen in den Extremitäten, am Rumpf und im Bauche verstärken sich bei gewissen Bewegungen, und sind Ursache für eine Reihe von Bewegungsstörungen. Die Bauchschmerzen veranlassen den Knaben zum Liegen oder Stehen, oder Sitzen auf schiefer Ebene, die Schmerzen an den Beinen verhindern ihn am Gehen. Seit einiger Zeit kann Pat. nicht mehr lesen, da dies Augenschmerzen hervorruft.

S. identificirt die Störung mit der Akinesia algera (Möbius) und weist auf hysterischen Ursprung und Charakter hin.

Hoppe.

24) **B. Worotynsky** (Kasan): Ein Fall von hysterischer Stummheit.
(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 12.)

Unter Anführung der gesammten Literatur veröffentlicht W. einen fast klassischen Fall von hysterischer Stummheit (Charcot), der hier ganz plötzlich auftrat, von keinen andern Affectionen begleitet war, $1^1/_2$ Jahre dauerte und durch mündliche Suggestion im wachen Zustande bereits nach der dritten Sitzung geheilt wurde. Die Stimmlosigkeit stellte sich Oktober 1890 nach mehrstündigem Erbrechen und einem Krampfanfall mit Verlust des Bewusstseins ein und blieb unverändert bestehen, während sich die hysteroepileptischen, mit Aufregungszuständen verbundenen Anfälle wiederholten. Von sonstigen hysterischen Erscheinungen waren rechtsseitige Hemianästhesie mit Verminderung der Sinnesfunctionen rechts und concentrische Einengung des rechten Sehfeldes, sowie geschwächte Sensibilität des Rachens zu constatiren.

Hoppe.

25) **W. A. Mc Clain** (Athens. O.): The psychology of neurasthenia.
(The Medic. Record, 20. Juli 1895)

Verf. geht davon aus, dass man gewöhnlich unter Neurasthenie eine Erschöpfung des Nervensystems oder einen Mangel an Nervenkraft versteht. Was heisst aber Nervenkraft und was muss erkranken, um eine Erschöpfung dieser Kraft herbeizuführen? Kann dies möglicherweise durch Degeneration von Nerven- und Ganglienzellen geschehen? Wäre das wirklich der Fall, so müsste der Nachweis geliefert werden, dass diese Kraft in jenen Zellen erzeugt wird; das zu beweisen, ist bisher der Wissenschaft nicht gelungen. „Augenscheinlich giebt es ausserhalb und jenseits dieser greifbaren Nerventheile ein Etwas, — eine unsichtbare, wesenlose Hand, von der diese die Heerstrasse der Nerven durchlaufende Kraft ausgeht." „Und so finden wir, dass das Studium der neurasthenischen Symptome uns in das Reich des

Geistes führt.“ Zwar ist in allen Phasen der Neurasthenie der Geist nicht etwa als ein Ganzes erkrankt, wohl aber sind dieselben Agentien, welche diese und jene Geisteserkrankung hervorrufen, auch bei der Erzeugung der Neurasthenie thätig. — So der Gedankengang des Verfassers. Das wichtigste dieser Agentien ist, so fährt er fort, die Hirnermüdung und Nervenüberanstrengung, wie sie durch das heutige Hasten und Treiben ganz vorzugsweise in den Vereinigten Staaten Nordamerikas hervorgerufen wird. Dabei aber handelt es sich durchaus nicht um eine Erschöpfung der Nervenenergie, sondern vielmehr um ein Schwächerwerden der Theile, welche diese Kraft leiten. Die richtige Pathologie der Neurasthenie kann nach Verf. erst geschrieben werden, wenn wir den Ursprung eines Gedankens sowohl, als die mit seinem Entstehen gesetzten molecularen Veränderungen der grauen Hirnsubstanz kennen und verstehen gelernt haben werden.

Voigt (Oeynhausen).

26) **Leonard Weber** (New-York): On dyspepsia nervosa and gastrointestinal neurasthenia.

(The Medic. Record, 13. Oct. 1894)

Verf. erinnert daran, dass Leube vor etwa 10 Jahren die nervöse Dyspepsie für eine nicht von secretorischen oder motorischen Störungen des Magens begleitete, functionelle Erkrankung des Nervensystems, im Besonderen der Magennerven erklärt. Seitdem haben aber viele Beobachtungen gezeigt, dass es doch eine grosse Reihe von Fällen giebt, in denen neben den Symptomen der nervösen Dyspepsie auch Störungen der Secretion und Bewegung des Magens vorhanden sind. Und ebenso steht erfahrungsgemäss fest, dass die nervöse Dyspepie oft nur Theilerscheinung allgemeiner Neurasthenie ist. W. will desshalb die Fälle von nervöser Dyspepsie in zwei Klassen unterbringen, je nachdem es sich 1. um nervöse Dyspepsie mit Functionsstörungen des Magens oder 2. um gastro-intestinale Neurasthenie allgemein Neurasthenischer handle. In therapeutischer Hinsicht empfiehlt er für die 1. Klasse, wo es angeht, causale Behandlung, Gegen hartnäckiges Erbrechen verordnet er Fasten und Nährklystiere, gegen Gastralgien Bespülung der Magengegend mit heissem Wasser, gegen Druckgefühl u. s. w. Cannabis indic., gegen schlechte Magen- und Darmperistaltik Electricität u. s. w. — Bei der 2. Klasse, zu der vorwiegend „Geistesarbeiter“ gehören, will W. neben der eben genannten symptomatischen Behandlung vor Allem hygienisch-diätetische Massregeln angewendet wissen; namentlich empfiehlt er solchen Kranken 2—3 mal des Jahres kurze Ferien zu machen. Reisen, Anstaltsbehandlung, Aufenthalt an der See wirken natürlich gleichfalls günstig, doch vermögen auch sie nur in seltenen Fällen dauernd zu heilen: auf kürzere Besserung kehren die alten Beschwerden gewöhnlich wieder.

Voigt.

27) **D. B. McCartie** (Newark. N. J.): Hypochondriasis.

(The Medic. Record, 20. Oct. 1894.)

Die Abhandlung enthält einige kurze Bemerkungen über die Geschichte, Ursachen, Symptome und Behandlung der Hypochondrie. In Bezug auf die Behandlung legt Verf. den grössten Werth auf die Beseitigung der die Hypochondrie stets begleitenden geistigen Störungen; je geringer letztere sind, desto leichter ist die Krankheit zu bessern. Diese Besserung aber

kann niemals erreicht werden durch irgend welche Arzneimittel, die im besten Falle nur auf einzelne Symptome günstig wirken. Und dasselbe gilt von anderen oft empfohlenen Heilmitteln, im Besonderen auch von der Massage. Wird sie lang fortgesetzt, so kann sie wohl die vorhandenen motorischen und sensibeln Störungen günstig beeinflussen, die Hypochondrie aber wird nicht eher verschwinden, als bis sich die den Geist verdunkelnde „Wolke" von selbst oder durch passende psychische Behandlung verzogen hat. Voigt.

28) **C. Wächter** (New-York): Spermatorrhoea.
(The Medic. Record, 17. Febr. 1895.)

Verf. behandelt kurz an der Hand von 5 Fällen die in Folge von Gonorrhoe, Stricturen, Masturbation entstehende Spermatorrhoe, ohne wesentlich Neues zu bringen. Gewöhnlich verordnet er mit ausgezeichnetem Erfolge in solchen Fällen neben allgemeiner Behandlung mit Bädern, Electricität, Massage u. s. w. Einspritzungen von Argent. nitric. und Sondenbehandlung. Voigt.

29) **R. Massalongo:** Sull'attetosi doppia.
(Gazzetta degli ospedali e delle cliniche, Nr. 128, 1894.)

Massalongo betrachtet die bilaterale Athetose als eine cerebrospinale Erkrankung, bei welcher besonders die psychomotorischen Rindenpartien befallen sind und welche secundär mit einer absteigenden Entartung und Sclerose der Pyramidenstränge verbunden ist. Aetiologisch spielen acute und chronische entzündliche intra- und extrauterine Processe, sowie Infectionskrankheiten die Hauptrolle. Der Verlauf ist ein chronischer, zuweilen stationär werdend, das Leiden ist unheilbar.

Fast immer sind alle 4 Extremitäten und das Gesicht befallen, gewöhnlich hören die Bewegungen im Schlafe auf. Auch die Willensanstrengung kann zuweilen hemmend auf sie einwirken. Im Verlaufe des Leidens treten Contracturen, Gelenkdeformitäten und motorische Schwäche auf, welche sich in den letzten Stadien bis zu wahren Paresen steigern kann. Hypertrophien der contracturirten Muskeln sind gewöhnlich. Die Athetose der Zunge, etwa in einem Fünftel der Fälle vorkommend, hat zuweilen eine so starke Hypertrophie des Organs zur Folge, dass Verbeigungen und Vortreibung des vorderen Theiles des Unterkiefers eintreten kann. Durch Muskelcontracturen an der Wirbelsäule können Lordosen und Kyphosen entstehen. Die Sehnenreflexe sind erhöht, Sensibilität und electrisches Verhalten sind normal. Die Intelligenz kann stets schwere Schädigung erleiden. In etwa zwei Dritteln der Fälle entstehen psychische Störungen, bei der angeborenen Form besonders Imbecillität, doch können auch maniakalische, melancholische und epileptoide Erscheinungen auftreten.

Die athetoiden Zustände, welche rein spinalen oder peripheren Ursprungs sind, müssen von der essentiellen Athetose getrennt werden, die Affection ist in diesen Fällen niemals so intensiv und ergreift nur die Extremitäten. Auch können hier die Erscheinungen wieder vollkommen verschwinden.

Auch bei der Hysterie sind solche athetoseähnliche Bewegungen beobachtet worden. Jentsch.

30) **A. D. Rockwell** (New-York): Notes on the nature and treatment of chorea, based on 75 cases in private practice.

(The Med. Record, 3. Aug. 1895.)

Nach R. ist die Chorea ein auf schlechter Ernährung der corticalen Ganglienzellen des Hirns beruhende functionelle Erkrankung, die vorzugsweise junge Leute mit ererbter nervöser Disposition befällt, zumal wenn diese anämisch sind oder durch plötzliche Gemüthseinwirkung in heftige Erregung versetzt werden. Zwar kommen bei ihr auch pathologische Veränderungen vor, doch sind dieselben nicht constant. In den meisten Fällen ist die Erkrankung ihrem eigentlichen Wesen nach central, doch entsteht sie gelegentlich auch einmal durch periphere Reize auf reflectorischem Wege. Das letztere findet, wie Verf. meint, unter anderem auch statt in einzelnen Fällen von Endocarditis, während in den meisten diese Erkrankung mit der Entstehung der Chorea nichts zu thun hat. — Störungen der Geistesfunctionen sind nach Verf. selten bei choreatischen Kindern, die körperlich und geistig sorgfältig erzogen sind. — Was die Behandlung der Chorea anbetrifft, so muss dieselbe in erster Linie eine dem Falle angepasste diätetische sein; daneben empfiehlt Verf. als wichtigstes Mittel die centrale Galvanisation und allgemeine Faradisation. Diese beiden Methoden, richtig differenzirt und angewandt, sei es jede für sich oder in wechselnder Folge, sind im Stande, nicht nur die Heftigkeit der choreatischen Bewegungen zu mildern, sondern auch die Dauer der Krankheit abzukürzen. Im Allgemeinen empfiehlt sich für gut genährte, kräftige Kranke der galvanische, für schwache, anämische, schlecht genährte der faradische Strom."

Voigt.

---

31) **Edward C. Runge** (St. Louis, Mo.): A case of tetanus neonatorum; Recovery.

(The Med. Record, 1. Dec 1894)

Die Krankheit begann 10 Tage nach der Geburt und wurde innerhalb 14 Tagen geheilt. Behandlung: Alle 4—5 Stunden ein 10—15 Minuten dauerndes Wasserbad, alle 4 Stunden 0,24 Chloral als Klistier, alle 2 Stunden 0,03 Antipyrin mit 0,12 Kal. bromid. in Lösung auf die Zunge geträufelt, vom 2. Tage ab allmählige Verminderung dieser Gaben.

Voigt.

---

32) **A. R. Oppenheimer**: Myxödema and exophthalmic goitre in sisters, with remarks on the symptomatology of the latter disease.

(Journ of nerv. and ment. dis. 1895, Nr 4, April)

Ein Fall von Basedow'scher Krankheit und Myxödema bei einem Schwesternpaare, das aus angeblich absolut gesunder Familie stammte.

1. Bei der 15jährigen Basedowkranken stellten sich vor 3 Jahren in Folge eines Schreckens grosse Nervosität und leichte Erregbarkeit ein. Das Herz begann schnell zu schlagen. Vor 18 Monaten wurden die Schilddrüsenanschwellung und der Exophthalmus deutlich.

Status präsens: 110 - 140 Pulsschläge, sehr grosse Struma, Exophthalmus und Tremor der Finger. Kein Gräfe'sches Zeichen. Keine Herzerkrankung. Keine Anomalien von Seiten des Darmkanals und der Lungen und der Herzorgane, keine Trophoneurosen. (Ob echter Morbus Basedowii? Referent.) Behandlung im Hospital mit Schilddrüsensubstanz (14 Tage

lang). Keine Besserung, keine Verschlechterung. Puls blieb derselbe. Zu Hause Belladonnatinctur mit einigem Erfolg. Kropf kleiner, Exophthalmus geringer. Es besteht noch Erregbarkeit.

2. Die 37jährige Myxödemkranke verspürte vor 3 Jahren die ersten Anzeichen ihres Leidens, als sie zwei Kinder wegen Masern pflegte und selbst schwanger ging. Ungefähr 3 Monate nach der Geburt des Kindes bemerkte sie gegen 2 Tage vor Eintritt der Menses, dass der ganze Körper mehr und mehr anschwoll. Als der Monatsfluss dann begann, ging die Schwellung, die auf Druck keine Delle erscheinen liess, wieder zurück und stellte sich jedesmal zur Zeit der Periode mehr oder weniger von Neuem ein. Später fiel ihr auf, dass die Haut trocken, hart und spröde wurde und ihr die Haare ausgingen.

Status präsens: Typischer Fall von Myxödem ohne Besonderheiten. Therapie: Schilddrüsenpräparat. Ihr Zustand begann sich seitdem zu bessern. In 14 Tagen fiel ihr Gewicht von 189 auf 178,5 Pfund und in der nächsten Zeit nahm dasselbe noch weiter ab. Der Puls hatte sich von 60—70 auf 80—100 Schläge gesteigert. Die Besserung schritt zu Hause fort. Die Kranke wurde auch von Neuem schwanger und befand sich dabei gesünder als bei früheren ähnlichen Zuständen.

Im Anschluss an diese beiden Beobachtungen giebt O. eine kurze und dabei auch vollständige Zusammenstellung der Symptome der Basedow-schen Krankheit und der über diese existirenden Theorien. Er spricht sich für die Schilddrüsentheorie aus. Dieser Abschnitt bietet absolut nichts besonderes. Buschan.

---

c) Neurosen und familiale Erkrankungen.

33) Wick: Ein Fall von Tetanie.

(Wien. klin. Wochenschr. 1895, 655.)

Verf. berichtet über einen Fall von Tetanie, dessen Diagnose gesichert erschien durch die Symptomentrias: tonische Contractionen in den Extremitäten, Facialisphänomen und stark erhöhte galvanische Erregbarkeit der Nerven. Ausserdem bestanden Schmerzen in verschiedenen Muskelgruppen. Mit Ausnahme dieser, waren bei verschiedener Behandlung sämmtliche Symptome nach 14 Tagen geschwunden und der Patient war geheilt entlassen worden. Nach wenigen Tagen trat nun im Anschluss an eine körperliche Anstrengung Schmerzhaftigkeit in den Sprachmuskeln und kurz darauf der ganze frühere Symptomencomplex wieder auf. Verf. neigt zu der Ansicht, dass dieses Recidiv so zu erklären sei, „dass eine der Untersuchung nicht zugängliche Veränderung, welche eine Analogie in jener Veränderung hat, welche wir bei Epilepsie und Hemicranie annehmen", zurückgeblieben sei, und dass dieser Fall dadurch als reine Neurose characterisirt sei. Lehmann (Werneck).

---

34) Hochhaus: Ein Fall von Tetanie und Psychose mit tödtlichem Ausgang bei einem Kranken mit Syringomyelie.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. VII, 7.)

H. theilt die Krankengeschichte einer 30jährigen Frau mit, welche nicht ganz 3 Monate vor ihrem Tode mit vorübergehendem Kribbeln in

den Händen und später den Beinen erkrankte. In rascher Reihenfolge stellten sich später tonische und clonische Krämpfe in den Extremitäten mit und ohne Bewusstseinsstörung, typische Tetaniestellung der Hände, tonische länger dauernde Starre der Beine, Chvosteck's hes Phänomen (mechanische Uebererregbarkeit des Facialis), epileptische Krämpfe ein. Während die letzteren häufiger wurden, sich auch noch Wahnideen entwickelten, ging die Patientin plötzlich zu Grunde.

Anatomisch fund man das Gehirn normal, dagegen fand man im Rückenmark eine lang gestreckte, central liegende Höhle, neben welcher der Centralkanal nicht aufgefunden werden konnte. Sie erstreckte sich vom untersten Theile der Medulla oblongata bis in das obere Drittel des Brustmarks und erreichte im unteren Halsmark ihre grösste Ausdehnung. Die microscopische Untersuchung ergab Gliosis spinalis mit Zerfall und Höhlenbildung. Die Verbindung der Vorderhörner mit den Hinterhörnern war gestört, das linke Hinterhorn ziemlich zu Grunde gegangen und ebenso die vorderen Theile der Hinterstränge und etwas weniger die inneren Theile der Seitenstränge.

Die Schilddrüse war normal.

Die Tetanie und ihre Complication mit Psychose, die Neuritis optica und die epileptischen Anfälle liessen ursprünglich einen Hirntumor am wahrscheinlichsten erscheinen. Jedoch ist die Neuritis optica schon mehrfach bei Tetanie gesehen worden, ebenso die Polydipsie, die Polyurie und die reichliche Schweisssecretion. Den hohen Indicangehalt des Urins sieht H. als ein Zeichen einer Autointoxication des Körpers an und bringt diese in ursächlichen Zusammenhang mit der Tetanie, während er in der Syringomyelie das praedisponirende Moment sieht, nachdem Kussmaul, v. Frankl-Hochwart und Schlesinger bei Tetanie sclerotische Heerde im Rückenmark gefunden haben.

Obwohl H. im Gehirn nichts fand zur Erklärung der cerebralen Symptome (Psychose und Epilepsie), vermuthet er doch dort Veränderungen, deren Nachweis sich nur unseren jetzigen Hülfsmitteln entziehe.

Dauber-Würzburg.

---

35) **Fr. Schultze:** Weiterer Beitrag zur Lehre von der Tetanie.
(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk Bd 7. XVI)

In dieser die bisherigen Angaben über mechanische Ueberregbarkeit der Nerven bei Tetanie und überhaupt dieses Verhalten der peripherischen Nerven kritisch beleuchtenden Arbeit berichtet Sch. über einschlägige, in seiner Klinik von ihm und andern gemachten Beobachtungen und warnt vor verallgemeinernden Schlüssen in Fällen, in denen eigenartige, gern gesehene Symptome constatirt werden, ohne dass Simulation, Aggravation oder andere abnorme Verhältnisse absolut sicher ausgeschlossen werden können. So ist er geneigt, die mechanische Ueberregbarkeit der Nerven bei Gastrectasien zum Theile wenigstens auf die Magerkeit der Patienten zurückzuführen, durch welche die Nerven an ihren mot. Punkten mehr der Hautoberfläche genähert und dem Reize zugänglicher sind. Seine Erfahrungen an sonst gesunden, aber mageren Personen bestätigen dies. Gleichwohl bleibt bei einem solchen Verhalten der Nerven in Tetaniegegenden der Verdacht offen, dass es sich um eine chron. latente Tetanieveränderung handelt. Ein von ihm genau

beobachteter Fall, in dem der an periodischen dipsomanischen Zuständen leidende und öfter nach denselben von Melancholie, einmal auch von völliger Verworrenheit befallene Patient, an typischer Tetanie litt, die auch mit epilepsieartigen Anfällen verlief, zeigte eine Reihe von Symptomen der Ueberregbarkeit der peripheren Nerven, ohne dass eben Aggravation etc. ausgeschlossen werden konnte. So rief z. B. die horizontale Haltung des Armes, Druck auf die Nervenstämme, Reizung der Haut durch Reiben, Nadelstiche, Druck auf das Handgelenk, Durchleitung eines galvanischen Stromes ohne Stromschwankungen, tetanieartige Krämpfe hervor in den Armen, ja sogar in liegender Stellung bei Nadelstichen in der Nierengegend solche tonische Krämpfe in Armen und Beinen hervor, während im Stehen die Beine ausgespart blieben. Aber auch das alleinige Auflegen des Elektroden ohne Strom hatte denselben Effekt. Auf der anderen Seite blieb aber auch unter der Bettdecke der durch Druck auf motorische Punkte ausgelöste Krampf der Beine bestehen. Auch dieser Fall, in dem Manches den Verdacht auf Aggravation etc. rege erhält, während sicher auch eine wirkliche Ueberregbarkeit der Nerven vorzuliegen scheint, fordert zur Vorsicht von zu raschen, verallgemeinernden Schlüssen auf.

Dauber-Würzburg.

36) **Faitout:** La Coxalgie hysterique.

(Rev. internat de med. et de chirurg prat. 1895, Nr. 2.)

Die hysterische Coxalgie ist charakterisirt durch schmerzhafte Contractionen in der Muskulatur der Regio pelveo-trochanterica, bei Abwesenheit jeder organischen Erkrankung der Hüfte. Bemerkenswerth ist diese Affection besonders wegen der oft schwierigen Differentialdiagnose zwischen ihr und der tuberk. Coxitis. Gemeinsam haben beide Affectionen grosse Schmerzhaftigkeit an der Hüfte und auch im Knie, ausserdem die abnorme Haltung des Beines. Der Beginn der Coxalg. hysterique ist oft plötzlich, oft zeigt er sich durch abnorme Sensationen in der betr. Gegend an. Charakteristisch für sie ist, dass die Schmerzhaftigkeit nur die Haut betrifft, während die Knochen unempfindlich sind. Mitunter bildet die Hüftgegend eine hysterogene Zone. Die Affection ist im Allgemeinen eine hartnäckige. Bezüglich Prognose und Therapie ergeben sie keinen anderen Gesichtspunkt, als bei Hyst. überhaupt.

Lehmann-Werneck.

37) **Ch. Féré:** Note sur une épidémie de borborygmes.

(Revue neurolgique Nr. 9, 1895, S. 263.)

Bei einem von Féré beobachteten anämischen Mädchen Fl G., welches noch andere hysterische Symptome darbot, bestand seit 4 Monaten hysterisches Gurren im Unterleib, welches den ganzen Tag anhielt. Die Patientin arbeitete bei einer Damenschneiderin, von deren 9 Nähmädchen ausser der Patientin noch 4 mit hysterischem Gurren behaftet waren.

L. Löwenfeld.

38) **Löwenfeld:** Ein Fall mit Zwangsvorstellungen zusammenhängender corticaler Krämpfe.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 7, XVII.)

Ein junger, gesund aussehender und bei der Untersuchung auch absolut gesund befundener Chemiker von 24 Jahren, seit 10 Jahren starker Onanist

zeigt eigenartige, meist nur einige Sekunden dauernde, leichte Krampfanfälle in Gesicht, Armen und manchmal auch im Rumpf, die eingeleitet wurden durch ein eigenartiges Druckgefühl im ganzen Körper und Herzklopfen, und bei denen krampfhafte Bewegungen der Finger der linken Hand, Beugung des linken Vorderarms gegen den Oberarm, Verzogenheit der linken Gesichtshälfte, Abweichen der Zunge nach links und geringe Behinderung der Sprache auffällt. Sind die Anfälle intensiver, so dauern sie bis zu $^1/_2$ Minute und befallen auch die rechte Seite. Bedingt sind sie bei überraschendem Entgegentreten einer Person, bei Schreck und beim Aufstehen nach längerem Sitzen durch die Angst, es könne Der oder Jener etwas von dem sorgfältig geheim gehaltenen Leiden vermerken. In Zeiten, wo die Anfälle sich häufen (20 im Tage) macht sich Ermüdbarkeit, Schwäche in den Beinen, bes. Morgens und Unlust zur geistigen Arbeit geltend. Hydrotherapie, Galvanisation des Kopfes, Kühlsonde, Brommittel, Entziehung des Alkohols etc. blieben ohne Erfolg, dagegen erwiesen sich diätetische Massnahmen, regelmässiges Leben, geistige Ausspannung und viel Aufenthalt und Bewegung im Freien von Vortheil. L. stellt die Diagnose auf functionelle Jackson'sche Epilepsie und will Hysterie ausgeschlossen wissen, weil gegen dieselbe der gänzliche Mangel anderer Zeichen dieser Neurose während einer Reihe von Jahren spricht. Andererseits spricht gegen Epilepsie die Auslösung der Anfälle durch Vorstellungen und nach der Meinung des Ref. die Möglichkeit, die Anfälle durch Ballen der Fäuste, Aufstampfen, vielleicht durch den Willen, zu coupiren. Leider ist nichts über das Verhalten der Augen mitgetheilt. Gegen Hysterie führt L. an, dass auch ausserhalb der Hysterie von Vorstellungen abhängige Krampferscheinungen (Hypochondrie, Maladie des Tics) beobachtet worden.

Nach der Meinung des Ref. sind alle diese Einwendungen gegen die Annahme von hysterischen Anfällen doch lange nicht genügend, Hysterie auszuschliessen, für welche das stets erhaltene klare Bewusstsein auch bei schwereren Anfällen, die Beeinflussung derselben durch den Patienten, die Abhängigkeit von einer Art Phobie, das Ausbleiben bei schweren Bergtouren der ganze Verlauf der Krankheit durch 10 Jahre etc. spricht.

Dauber-Würzburg.

---

39) **M. Lannois:** Classification des chorées arythmiques.
(Revue neurologique Nr. 3, 1895)

L. bemerkt, dass die Infectionstheorie, welche in neuerer Zeit mehr und mehr an Boden gewonnen hat, nicht mehr für alle Fälle der gewöhnlichen Chorea minor genügt. Das Fahnden nach einem spezifischen Choreabacillus ist zwecklos, da die Chorea minor im Gefolge verschiedener Infectionskrankheiten auftritt. Wahrscheinlicher handelt es sich um die Einwirkung von Toxinen auf ein mehr oder minder degenerirtes, mehr oder minder missgebildetes Nervensystem (Joffroy.) Und wenn Toxine infectiösen Ursprungs fehlen, haben wir es mit einer Autointoxication zu thun, welche sich unter dem Einflusse von Ernährungsstörungen entwickelt, die heftige, gemüthliche Erregungen, zu rasches körperliches Wachsthum, die Pubertätsperiode, die Schwangerschaft oder die Lactation begleiten. Für die verschiedenen Formen arythmischer Chorea schlägt L. folgende Eintheilung vor:

A. Sydenham'sche Chorea:
1. Die gewöhnliche (vulgäre) Chorea.
2. Chorea mollis, Lähmungserscheinungen neben geringfügiger Chorea; letztere kann auch fehlen.
3. Chorea gravidarum.
4. Chorea der Greise.

B. Chronische progressive Chorea:
1. Hereditäre oder Huntington'sche Chorea.
2. Chronische progressive Chorea ohne gleichartige Heredität.

C. Symptomatische Chorea:
1. Hemichorea oder Hemiathetose, bedingt durch irritative Läsionen der motorischen Bahn von der Rinde bis zu den Nerven.
2. Generalisirte Chorea (bei ausgebreiteten Gehirnläsionen, progressiver Paralyse, multipler Sclerose, multiplen Tumoren der Dura mater etc.)
3. Congenitale Chorea und doppelseitige Athetose, welche nach Oster, Freud, Rosenthal u. A. gewöhnlich als Begleiterscheinung cerebraler Diplegien auftritt.

L. Löwenfeld.

---

40) **Anton:** Ueber die Betheiligung der grossen basalen Ganglien bei Bewegungsstörungen und insbesondere bei Chorea.
(Jahrb. f. Psych. u Neurol. XIV.)

Fall 1: Verf. berichtet über einen 9jährigen Kranken, der von Kindheit an an allgemeiner chronischer Chorea litt Der ganze Körper war in beständiger Unruhe, so dass Gehen, Stehen und Sitzen unmöglich war. Willkürliche Bewegungen verstärkten noch die Unruhe, und zwar je „psychischer“ die verlangte Bewegung war, je mehr Uebung und Ueberlegung sie erforderte, um so mehr vergrösserte sich die Unruhe. Der Charakter der pathol. Bewegungen war meist choreatisch, zum Theil athetotisch. Intelligenz und Gemüth zeigten keine wesentlichen Defecte. Der Sectionsbericht zeigt als bemerkenswerthen Befund eine symmetrische Erkrankung im Putamen des Linsenkeims beiderseits, während Talamus und Caps. int. vollkommen normal waren. Die graue Substanz des Putamen war in zahlreiche kleine Klumpen zerfallen, die microscopisch normale Struktur und unveränderte Ganglienzellen zeigten, während die übrige Substanz bindegewebig entartet war. Verf. steht nicht an, diese Veränderungen für die Ursache der klinischen Erscheinungen zu erklären, wenn er auch die genannten Bewegungsstörungen nicht als directes Heerdsymptom aufgefasst wissen will. Das Gegenstück zu diesem bietet der

3. Fall. Ein 65jähriger Buchhalter erkrankte plötzlich an Schwindelanfällen, Sehstörungen, Hallucinationen und Verworrenheit. Während sich sein Zustand besserte, blieben eine homonyme Hemianophie, sowie Störungen in den linksseitigen Extremitäten stationär. Diese letzteren bestanden in Fehlen der Muskelbewegungsempfindungen u. w. Verminderung der Bewegungsimpulse. Die Section ergab nun einen alten Thronbus in der art. cerebri posterior dextr. Es war consecutiv der rechte Cuneus, der rechte calcar avis sammt der Marksubstanz erreicht, ebenso war der Sehhügel (mit Ausnahme der vorderen Antheile) sammt den Corp. geniculat. in eine erweichte Cyste verwandelt Degenerirt fanden sich der hintere und untere Thalamus-

stiel (also die centrale Sehstrahlung) und die Verbindung des Thalamus mit einem Theile des Schläfelappens; ebenso die Verbindung des corp. geniculat. Während die Pyramidenbahn auch nach abwärts völlig intact war, konnte eine Verschmälerung der rechten Schleifenschicht nachgewiesen werden. Den Ausfall der Bewegungsempfindungen und die Verminderung der Bewegungsimpulse erklärt Verf. durch die Verletzung des Thalamus.

In beiden Fällen war also die Pyramidenbahn intact. Mit der Linsenkernläsion (Fall 1) war eine Hemmung und Anordnung der Bewegungen in Wegfall gekommen; mit der Sehhügelerweichung (Fall 3) scheint die Anregung der Bewegungen, sowohl der spontanen als der automatischen, vermindert worden zu sein. Verf. glaubt, dass das Zusammenwirken der grossen basalen Ganglien, deren Zerstörung so gegensätzliche Ausfallsymptome darbietet, nöthig ist zur Auslösung von geordneten Bewegungen.

Bezüglich vieler anatomischer Details und der epikritischen Besprechung muss auf das Original der sehr werthvollen Arbeit verwiesen werden.

Lehmann-Werneck.

41) **Goldflamm:** Weitere Mittheilungen über die paroxysmale, familiäre Lähmung. (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. VII, 1.)

G. berichtete 1890 in der Zeitschrift für klinische Medicin, Bd. XIX, Suppl.*), über eine Familie, in der 11 Mitglieder von Anfällen completer Lähmung aller Extremitäten und des Rumpfes zeitweise heimgesucht werden. Das wohlcharacterisirte Krankheitsbild besteht in einer bei bestem Wohlsein plötzlich und schnell, besonders Nachts, sich bis zur completen Lähmung entwickelnden Schwäche der Extremitäten und des Rumpfes mit Verminderung resp. Aufhebung der Sehnen- und mancher Hautreflexe, der mechanischen, sowie der indirecten und directen electrischen Erregbarkeit, (Cadaverreaction), während die Sensibilität, der Blasen-, Mastdarm- und der sexuelle Reflex, die Sinnesorgane, das Sensorium, sowie sämmtliche von den cerebralen Nerven versorgten Muskeln intact bleiben. Nach 24- bis 28stündigem Bestehen der completen Lähmung tritt dieselbe ebenso schnell in einigen Stunden vollständig zurück, die electrische Erregbarkeit, die Reflexe kehren wieder, der Patient wird vollkommen gesund, bis ein neuer Anfall ihn bewegungsunfähig macht.

Die Anfälle erscheinen in Intervallen von Tagen bis Jahren, die Krankeit ist familiär; andere Nervenkrankheiten existiren in der betroffenen Familie nicht.

Das paroxysmale Auftreten deutet darauf hin, dass die Muskeln oder vielleicht deren Nervenendigungen afficirt sind durch ein toxisches Gift. Für letzteres spricht, dass der während des Anfalls ausgeschiedene Urin einen höheren sogen. Coefficient urotoxique besitzt, wie der in den freien Intervallen abgeschiedene. Der Anfall kündigt sich jetzt sehr oft durch ein Gefühl von Kälte, zuerst in den Beinen, dann in den Armen an, in der Reihenfolge der später eintretenden Lähmungen. Intercurrent treten oft unvollständige Anfälle ein. An der Herzthätigkeit fallen oft Brachycardie, Schwäche der Herzcontractionen, manchmal Arythmie auf, jedoch keine später wieder schwindende Mitralinsufficienz, wie in den Fällen von Westphal und Hirsch.

*) S. dieses Centralblatt 1891, p. 107.

In einem der Fälle fiel die sehr stark entwickelte Muskulatur auf; die electrische Prüfung ergab jedoch an Nerven und Muskeln einen gewissen Grad von erhöhter Erregbarkeit bei träger Zuckung ausserhalb des Anfalls, im Anfalle war diese partielle E R stärker, die Erregbarkeit war herabgesetzt bis zum Erlöschen. Der Grad dieser Herabsetzung war der Intensität der Lähmung direct proportional. Ebenso wie die electrische Erregbarkeit war die mechanische der Nerven im Anfalle herabgesetzt. Die Prüfung der mechanischen Erregbarkeit der Muskeln selbst ergab ausser den Anfällen, dass die Zuckung, fasciculär oder total, tonisch und eine typisch träge war, im Anfalle vermindert sich auch hier die Erregbarkeit bis zum völligen Verschwinden.

Die Untersuchung des Urins ergab ausser der schon oben erwähnten Vermehrung des Coëfficient urotoxique eine Vermehrung der gepaarten Schwefelsäuren im Anfalle.

Die Untersuchung des Blutes ergab an den Anfallstagen nüchtern eine mehr oder weniger ausgesprochene Leukocytose, bestehend aus einer neutrophilen Leukocytose mit Verminderung der eosinophilen Zellen, in den freien Intervallen fand sich oft eine ausgesprochene Lymphocytose mit Vermehrung der eosinophilen Zellen

Die microscopische Untersuchung excidirter Muskelstückchen ergab übereinstimmend bei 2 Brüdern Hypertrophie der Muskelfasern, Rarefaction der Primitivfibrillen und Vacuolenbildung.

Aetiologisch hält G es für das wahrscheinlichste, dass Stoffwechselproducte, seien sie physiologischer oder pathologischer Natur, sich in den freien Intervallen im Körper anhäufen und nun an den so veränderten Muskeln ihre deletäre, functionsherabsetzende Wirkung anfallsweise zu entfalten vermögen, während normale Muskeln unberührt davon bleiben.

Therapeutisch können bei den verschiedensten Massnahmen (Desinfection des Darmkanals, Diät, Strychnin, Ergotin, Arsen etc., Massage, Electrisation, Bäder etc.) gar keine Erfolge constatirt werden. Dauber.

---

42) **Brasch:** Ueber das erbliche Zittern.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. VII, 19.)

In einer Arbeit, in welcher die einschlägige, weit zerstreute Litteratur in grossem Umfang zusammengestellt ist, beschreibt B. die Krankengeschichte dreier Patienten, die seit ihrer Jugend zitterten und in deren Familien in der Ascendenz und zum Theil auch Descendenz Zittern besteht oder bestand. Diese Krankheit, im Ganzen selten, hat die Eigenthümlichkeit, dass der Tremor an und für sich die Krankheit darstellt und dass diese hereditär-familiär vorkommt. Dabei hat dieses erbliche Zittern keinerlei Characteristica, denn die Frequenz der Bewegungen kann in der Zeiteinheit variiren, es können nächst den am meisten befallenen oberen Extremitäten die unteren, der Kopf, die Gesichts-, Kiefer-, Zungenmuskeln, seltener die Augenmuskeln und die Stimmbänder befallen sein, es kann in der Ruhe, sogar im Schlafe vorhanden sein, blos einzelne Bewegungen begleiten, es kann sich intentionell verstärken, der Wille kann es zuweilen unterdrücken, Anstrengungen und Excesse können verschiedenen Einfluss haben, das Lebensalter, in dem es auftritt, ist verschieden, endlich kann es progressiv

oder in einer sich alsdann gleichbleibenden Intensität auftreten. Es brauchen nicht alle Glieder derselben Familie und in der gleichen Art befallen zu sein, und die Vererbung kann direct sein oder auch Generationen überspringen. Was den Zusammenhang des erblichen Zitterns zur psychischen Degeneration betrifft, so kann man nach dem geringen Beobachtungsmaterial noch keine Stellung zu dieser Frage nehmen, obschon er nur ganz ausnahmsweise vorzukommen scheint. Ueber das Wesen und die Genese des Zitterns wissen wir bei der mangelnden pathologischen Befunden so gut wie nichts.

Dauber.

C. Psychopathologie.

Therapie.

43) **René Semelaigne:** Sur la chirurgie cérébrale dans les aliénations mentales.

(Annales médico-psychologiques 18 5. pag. 394 ff)

Der Verf. hat sich der dankenswerthen Aufgabe unterzogen, einmal übersichtlich darzustellen, was in den letzten Jahrzehnten von den Chirurgen der verschiedensten Nationen betreffs der Behandlung der Geisteskrankheiten geschehen ist. In gewissen Fällen von Irresein nach Schädelverletzungen konnte günstige Beeinflussung des psychischen Befindens durch operative Eingriffe constatirt werden. Verf. fand eine nicht geringe Anzahl von Berichten über vorübergehende Besserungen bei progressiven Paralytikern, die in Folge von Trepanation eingetreten sein sollen, fühlt sich aber zu einer wirklichen Empfehlung der Eröffnung des Schädels der Paralytiker bezw. der Punktion des Hydrocephalus externus und internus mit Recht nicht veranlasst. Er demonstrirt die Resultatlosigkeit der von Burckhardt ausgeführten Rindenexcisionen bei erregten Geisteskranken und kommt zu dem Resultat, dass die Trepanation bei der Behandlung der Psychosen noch keine wichtige Rolle spiele.

Ein 44 Nummern umfassendes Litteraturverzeichniss der einschlägigen englischen, französischen, italienischen, deutschen und amerikanischen Arbeiten dürfte für spätere Bearbeitungen des gleichen Themas von Nutzen sein.

Georg Ilberg-Sonnenstein.

---

44) **Böck:** Versuche über die Einwirkung künstlich erzeugten Fiebers bei Psychosen. (Aus der Klinik d. Hrn. Prof. v. Wagner.) Vorläufiger Bericht.

(Jahrb. für Psych. u. Neurol. XIV. S 189)

Verf. veröffentlicht die vor einiger Zeit (cfr. Ref. Nr. 132) von v. Wagner angekündigten Versuche über die „Fieberbehandlung" der Psychosen. Bezüglich der Casuistik (im Ganzen 41 Fälle) muss auf die Originalarbeit verwiesen werden. Es wurden mit Tuberkulin behandelt 11 Männer und 22 Frauen, davon 8 Frauen in der Grazer Klinik. Mit Pyocyaneus-Kulturen wurden 3 Männer und 5 Frauen behandelt. Letztere Methode musste wegen einiger Zufälle von Synkope wieder verlassen werden. Von den 22 Frauen wurden 10 geheilt; sämmtliche Geheilten litten an Amentia. Dass andere Formen von Psychosen nicht unter den Geheilten figuriren, liegt z. Th. an der absichtlichen Auswahl des Materials. Ausser den Heilungen konnte Verf. oft wesentliche Besserungen und günstige Beeinflussungen erzielen.

Aus seinen Krankenberichten geht hervor, dass häufig ein rascher Anstieg des Körpergewichts, oft Beruhigung sehr aufgeregter Kranker, oft Schlaf nach anhaltender Schlaflosigkeit als Folge der Fieberbehandlung beobachtet wurde. Diese symptomatische Besserung erzielte er auch bei anderen Psychosen, z. B. selbst bei chronischer Paranoia etc.

Die Frage: Kann künstlich erzeugtes Fieber eine günstige Einwirkung auf Psychosen haben, kann Verf. schon jetzt positiv beantworten. Welche Faktoren sind das wirksame Princip? Zweifellos nicht die erhöhte Temperatur; denn mitunter sah Verf. auch günstige Einwirkung ohne parallelgehende Temperaturerhöhung. Wichtiger sind vielleicht die Steigerung der Stickstoffausscheidung und der stickstofffreien Secretionsproducte, sowie Steigerung des Lymphstromes, also Steigerung des Stoffwechsels überhaupt und damit der Lebensvorgänge in den Gewebszellen; dass auch die Nervenzelle daran participirt, ist wohl zweifellos. Der „Reiz der toxischen Bakterienproducte könnte vielleicht in entsprechend günstigeren Quantitäts- und sonstigen) Verhältnissen nur anregend“ wirken. Vor der Hand ist eine Erklärung jedoch nicht zu erbringen. Verf. fordert zu Wiederholungen seiner Behandlungsmethode mit Recht auf. Für die Praxis wird man zunächst den wirksamsten und von Nebenwirkungen freien Stoff uz ermitteln haben; den verschiedenen Infectionskrankheiten kommen in dieser Hinsicht zweifellos specifische Eigenthümlichkeiten zu, wie schon die Erfahrung insofern lehrt, als die Infectionskrankheiten an sich in ihrer Beeinflussung der Psychosen grosse Differenzen zeigen. Verf. hielt das Erysipel und Eiterungsprocesse (also Streptokokkenprocesse) für die günstigsten.

Lehmann (Werneck.)

---

45) **Meilhon**, médecin de l'asile d'aliénés de Montabaun: Législation à l'alcoolisme.

(Annales médico-psychologiques 1895, pag 212 ff.)

Nach einer kurzen, abfälligen Kritik der bereits in andern Ländern bestehenden Einrichtungen zur Bekämpfung des Alkohols, gibt Verf. einen neuen, demselben Zwecke dienenden Weg an, der zwar seiner Fantasie alle Ehre macht, der aber in der Praxis nie zu dem gewünschten Ziel führen wird. Der Staat soll für alle alkoholischen Getränke den niedrigsten Preis festsetzen und die Innehaltung dieses Preistarifs von Seiten des Verkäufers, sowie die Fabrikation der Getränke genau überwachen. Bezweckt wird damit, dass der Verkäufer keinen nennenswerthen Gewinn von seinem Handel bezieht und letzteren daher aufgibt; dadurch würde die Zahl der Schankstätten und zugleich auch die Versuchung zum Trinken vermindert werden. Die Wirthschaften mit unschädlichen Getränken wie Kaffe, Thee, Milch u. s. f. dagegen sollten alle erdenklichen Freiheiten erhalten und nach Möglichkeit gefördert werden.

Dass eine solche Massregel, wie die Preisherabsetzung des Alkohols dem Alkoholismus nur Thür und Thor öffnen würde, liegt auf der Hand und bedarf keiner weiteren Erläuterung. Sie würde auch nicht einmal eine Verminderung der Zahl der Schankstätten herbeiführen, denn bei dem grösseren Consum wäre der Handel mit alkohol. Getränken trotz des relativ geringen Nutzens noch ziemlich einträglich.

H. Kaufmann-Sonnenstein.

IV. Litterarische Notizen.

Neue Zeitschriften: Indépendance médicale (Redaktion: J. Bernheim und E. Laurent) will die Mitwirkung aller Aerzte, ohne Unterschied der Anschauungen und der Nationalität, sich zur Aufgabe machen. — Am 15. December 1895 erschien die erste Nummer des Neurologische en hypnologische Courant („Journal de Neurologie et d'Hypnologie") in vlämischer und französischer Sprache. Herausgeber: Franotte-Lüttich. Redacteur: Crocq-Brüssel. Unter den ständigen Mitarbeitern: Ballet, Babinski, Brissaud, Déjérine, Féré, Jelgersma, Marie, d. l. Tourette, Pitres, Raymond, Grasset u. a. — Rivista di Patologia Mentali e Nervosi. Herausgeber: Tamburini, Tanzi und Morselli. Die Zeitschrift will im psychiatrischen Leben Italiens eine ganz bestimmte Rolle spielen: die eines italienischen Centralblatts. Der Hauptredacteur wird Tanzi, mehrjähriger Assistent Morselli's und Tamburini's sein. Das Blatt erscheint zunächst als Ergänzung der Rivista sperimentale di Freniatria. — Zeitschrift für practische Aerzte. Verlag von Alt in Frankfurt. Redacteur: Honigmann-Wiesbaden. Den Clou der am 1. Januar cr. erschienenen ersten Nummer bildet ein Artikel v. Noorden's über „Schilddrüsentherapie". — Geneeskundige Bladen (Haarlem). Erscheinen seit 1895 in zwanglosen Heften. Der erste Jahrgang enthält u. a. eine wichtige und höchst originelle criminal-anthropologische Abhandlung von Winkler-Utrecht und eine Arbeit H. Treub's über Enteroptose. Auf beide gedenken wir noch zurückzukommen. — Centralblatt für Anthropologie, Ethnologie und Urgeschichte. Herausgegeben von Dr. phil. et med G. Buschan. Breslau 1896, J. U. Kern. (Näherer Bericht vorbehalten.) — Neurologischer Bote. Herausgegeben von v. Bechterew. Petersburg 1896; ein russisches Centralblatt.

Wichtige neue Bücher*): Alfred Fournier: Les affections parasyhilitiques. Der Inhalt des Buchs ist für jeden Psychiater und Neurologen von grösster Bedeutung; das geht aus folgendem Verzeichniss der Processe hervor, welche F. als parasyphilitisch bezeichnet:

I. Bei erworbener Syphilis: Pigmentäre Syphilitiden. — Acute Hystero-Neurasthenie der secundären Periode. — Verschiedene neurasthenische Erscheinungen in späteren Perioden. — Hysterosyphilis. — Tabes dorsalis — Dementia paralytica. — Epilepsie. — Eigenartige Muskelatrophie. — II. Bei ererbter Syphilis: Allerlei Dystrophien, als: Missbildungen vor allem der Zähne, Zurückbleiben der physischen und psychischen Entwicklung, Infantilismus, angeborener Marasmus u. a. — Rhachitis. — Hydrocephalus. — Gewisse Formen infantiler Meningitis. — Vielleicht einige Formen genuiner Epilepsie. — Die juvenilen Formen der Tabes und der Dementia paralytica.

L. Löwenfeld: Die moderne Behandlung der Nervenschwäche. Dritte Auflage, 1895; Wiesbaden, J. F. Bergmann. Durch eingehende Berücksichtigung aller neuen Methoden und Gesichtspunkte ist

*) Sonderbericht vorbehalten.

eine bedeutende Vermehrung des Umfangs der allgemein bekannten werthvollen Arbeit bedingt.

A. Ploetz: Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schatz der Schwachen. Berlin, S. Fischer, 1895. — Bildet den ersten Theil der „Grundlinien der Rassenhygiene". Seit dem kurzen Versuch von Schallmeyer (1892) und der in der Hauptsache verfehlten Arbeit Ammons der erste wohlgelungene Versuch, die Selectionstheorie auf Probleme der öffentlichen Hygiene anzuwenden. Eine für die Degenerationstheorie sehr wichtige Arbeit.

J. M. Baldwin: Mental development in the Child and the Race II. Ed., New-York, Macmillan & Co., 1895. — Der Herausgeber der psychologischen Revue hat hier die Resultate methodischer, continuirlicher Beobachtung an Kindern verarbeitet; besonders sind die Untersuchungen über die motorische Entwicklung bemerkenswerth, ebenso die fruchtbare Verwendung des Adaptationsprincips auf die psychische Entwicklung. Die Parallelisirung der psychischen Ontogenese mit der Phylogenese geht bei B. ziemlich weit und soll Analogien zwischen individueller und Rassen-Entwicklung aufdecken. Die Aufmerksamkeit erscheint ganz als motorische Function. Auf die eigenthümliche Affecttheorie B.'s kommen wir in anderem Zusammenhange zurück.

A. Macdonald: Le criminel-type dans quelques formes graves de la criminalité. Traduit de l'anglais par le Dr. H. Coutagne. Deuxième édition, augmentée d'une bibliographie de sexualité pathologique et criminelle. Lyon, A. Storck. — Eine oberflächliche Arbeit, enthaltend eine Sammlung sensationeller Diebs- und Mordgeschichten. Interessant sind daraus 4 breit vorgetragene Fälle von Sadismus und Lustmord; der fünfte dieser Fälle ist der „Jack the ripper's", den der Verf. natürlich ebenso wenig kennt, wie die Londoner Polizei. Ein Theil dieser Fälle wird als Rohmaterial für eine künftige ernsthafte Analyse der sexuellen Monstrositäten brauchbar sein; ihre Darstellung erhebt sich nicht über die Sensationsgeschichten der amerikanischen Zeitungen. Die angehängte Bibliographie der sexuellen Anomalien füllt 65 Seiten, handelt jedoch de omnibus rebus e quibusdam aliis, so von Elzes Byron-Bibliographie und Geiger's Renaissance und Humanismus u. s. w. u. s. w.

E. S. Talbot: The Etiology of osseous deformities of the head, face, jaws and teeth. ?. Ed., Chicago, 1894. 488 S. 461 Illustrationen. In 422 eigenen Zeichnungen stellt der Verfasser, Lehrer der Zahnheilkunde, seine reichen Erfahrungen über Anomalien der Zahnform und -Stellung und Deformitäten der Kiefer dar. Sein lebhaftes Interesse für die Degenerationslehre hat ihn zu einer theoretischen Behandlung des Materials veranlasst, die vielfach belehrend, vielfach aber auch etwas chaotisch und dilettantisch ausgefallen ist. Der imposante Fleiss, die vielfachen Interessen des strebsamen Autors verdienen die grösste Anerkennung. Von seiner Classification und seinen Hypothesen, deren Werth wir dahingestellt sein lassen, abgesehen, bilden die wundervollen Illustrationen und die mitgetheilten sonstigen Beobachtungen eine monumentale Materialiensammlung für Jeden, der sich mit Deformitäten und Degenerationszeichen beschäftigt. Man vermisst Abbildung und Beschreibung der Anomalie Hutchinson's, die (p. 228) nur erwähnt wird.

Aus Zeitschriften. Die 1894 gegründete Nordamerikanische Psychological Review, redigirt von Baldwin u. Cattell. brachte 1895 eine Anzahl höchst interessanter experimental physiologischer Arbeiten. Besonders bemerkenswerth darunter sind Abhandlungen zur Affecttheorie von Dewey, James, Irons u. A., die ich eingehend in der Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane besprochen habe. Ferner eine Reihe bedeutender Arbeiten über die Hautempfindungen und den Schmerz von Strong, Nichols, Marshall, Mc. Lennan, Guy Tawney. Letzterer kritisirt im Novemberheft auf Grund von Untersuchungen im Wundt'schen Laboratorium sehr einschneidend die Lehre von der Raumschwelle. Zu den interessantesten Ergebnissen gehört, dass Variationen in der Grösse der Raumschwelle an demselben Individuum die Regel waren, nicht nur von einem Tage zum andern, sondern innerhalb derselben Stunde. Bei 3 der 6 untersuchten, bei Prof. Wundt arbeitenden Herren konnte auf der Volarseite des Unterarms keine Zirkelweite gefunden werden, die eine halbe Stunde constant blieb. Die Bedingungen, von denen es abhängt, ob zwei Berührungen verschmolzen oder unterschieden werden, sind so verwickelt, dass der Zirkel kein ihrer Analyse gewachsenes Instrument ist. Die übrigen Leistungen des Tastsinns scheinen aber viel genauer und regelmässiger zu sein, als die Wahrnehmung von zwei Spitzen.

American Journal of Psychology. Vol. VII, 1895. — Pittsburg zeigt in einem Artikel über Hautsensibilität die complexe Natur der Tastempfindung. Er bevorzugt die zweite Methode Weber's (Localisirung einer Berührung an einem Punkte) vor den Tastkreis-Prüfungen. Die Versuche wurden am unteren Viertel der Volarseite des Unterarms gemacht. Hauptresultat ist die complicirte Natur jeder Wahrnehmung einer Berührung, ferner die Tendenz, falsch zu localisiren unter Verschiebung nach dem Handgelenk hin. — Luckey (p. 107—123) giebt eine ausgezeichnete Zusammenfassung der neueren Arbeiten über den Schmerz, besonders der von v. Frey, Goldscheider und Oppenheimer.

Philosophische Studien. XI. In Heft 3 eine Arbeit von V. Henri und Guy Tawney: „Ueber die Trugwahrnehmung zweier Punkte bei Berührung eines Punktes der Haut. Bei den Versuchen hatten die Personen nicht nur anzugeben, ob sie Berührung an einem oder zwei Punkten empfanden, sondern den ganzen Wahrnehmungsprocess genau zu beschreiben. In der einen Versuchsreihe wurde der Person Natur und Zahl der Reize genannt, in einer anderen nicht; zwischen zwei Experimenten lagen mindestens zwei Minuten. Wenn nun ein Punkt berührt wurde, wurde bald eine Spitze gezeigt, bald zwei; dann bestand meist die Tendenz, illusorisch zwei zu fühlen. Die Kenntniss und die Erwartung beeinflussen das Resultat sehr, daneben physiologische Bedingungen. Bei einzelnen Versuchen sah und erwartete die Person einen Punkt, fühlte aber zwei (vgl. oben das Referat Nr. 5 über die Arbeit von Griesbach). Jedenfalls handelt es sich bei dem Zwei-Spitzen-Versuch um nichts weniger als elementare Empfindungen.

Revue philosophique, 1895, Bd. 19 und 20. — Dauriac, La mémoire musicale. „Le lecteur a su s'en appercevoir, l'étude de la mémoire musicale sensitive n'a guère sensiblement accru notre lot d'observations.“ D. hätte sich aber doch etwas um Wallaschek's und andere

Studien über Amusie kümmern können. Aus den Bemerkungen über „mémoire musicale intellectuelle" hebe ich die nur angedeutete Beobachtung hervor, dass Kinder „reconnaissent un air, si l'on le leur batte comme sur un tambour", dass Erwachsene diese Fähigkait in viel geringerem Grade besitzen. Diese Beobachtung eines erfahrenen Musikers bleibt interessant, auch wenn er hier Wiedererkennen und associative Reproduction durcheinander wirft. — Dugas: Recherches expérimentales sur les différents types d'images. — Concrete Begriffe werden häufig von einem schwachen Erinnerungsbilde nicht des bezeichneten Objects, sondern eines ganz accessorischen Theils desselben begleitet, manchmal tritt selbst nur das Erinnerungsbild eines mit dem Object oft zusammen wahrgenommenen anderen Objects auf. Letztere Erscheinung nennt D. Paraphantasie. Andere Seiten der Frage werden nur berührt. — Pierre Janet: Charcot et son oeuvre psychologique. Eine entzückend geschriebene, geistvolle Characteristik der geistigen Persönlichkeit Charcot's und seiner Methode. Interessant ist, dass Charcot's Stellungnahme in der Aphasiefrage durch Hartley, den halb vergessenen Associations-Psychologen, stark beeinflusst ist (Leçons du Mardi, I, 362). Kurella.

IV. Zur Tagesgeschichte.

Todesfälle. Die italienische Psychiatrie betrauert den Tod zweier Veteranen. Im September 1895 starb bei Verona Tebaldi, Professor in Padua seit 1867, geboren in Verona 1833. Er war einer der ersten Irrenärzte Italiens, die den Augenspiegel zur Untersuchung Irrer verwendeten. — Am 21. November starb in Mailand in hohem Alter Prof. Andrea Verga, Senator, Begründer der italienischen Gesellschaft für Psychiatrie und lange Jahre Herausgeber des Archivio per le malattie nervose e mentali (begründet 1864.) K.

Geistliches Wartpersonal in Italien. — Die italienische Gesellschaft für Psychiatrie hat in ihrer Januarsitzung zu Mailand unter dem Präsidium Tamburinis einstimmig folgende Beschlüsse gefasst:

In Anbetracht der Nachtheile der Thätigkeit religiöser Körperschaften an den Irrenanstalten vom technischen, administrativen und sanitären Standpunkte,

in Berücksichtigung der von den Aerzten Italiens 1874 auf dem Congress zu Bologna und des 1893 von den deutschen Psychiatern auf dem Frankfurter Congress abgegebenen Votums, erklärt die italienische Gesellschaft für Psychiatrie, dass alle dienstlichen Functionen an genannten Anstalten einem Laien-Personal anvertraut werden müssen.

Die Thesen des Vereins deutscher Irrenärzte vom 13. Sept. 1895 hat nach Vorträgen von Mendel und Leppmann die Aerztekammer der Provinz Brandenburg in ihrer Sitzung vom 29. November v. J. zu den ihren gemacht.

IV. Internationaler Congress für Criminal-Anthropologie. — Der Congress wird im August oder September d. J. in Genf zusammentreten. Präsident des Geschäfts-Comités in Genf ist Herr Dr. Ladame. Eine Reihe interessanter Vorträge sind bereits angemeldet.

III. Internationaler Congress für Psychologie. — Der Congress tagt vom 4.—7. August d. J. in München. Vorsitzende des Organisations-Comités: Stumpf-Berlin, Lipps-München; Generalsecretär: v. Schrenck-Notzing. Anmeldungen von Vorträgen bis zum 15. Mai 1896 an den Generalsecretär. Das Arbeitsprogramm enthält folgenden Entwurf:

I Psychophysiologie.

Auskunft über nachstehendes Arbeitsgebiet ertheilen: Prof. Rüdinger, Prof. Graetz, Privatdocent Dr. Cremer.

A) Anatomie und Physiologie des Gehirns und der Sinnesorgane (körperliche Grundlagen des Seelenlebens).

Formentwicklung der Nervencentren, Localisations- und Neuronenlehre, Leitungsbahnen und Bau des Gehirns.

Psychologische Functionen der Centraltheile, Reflexe, Automatismus, Innervation, Specifische Energieen.

B) Psychophysik. Zusammenhang physischer Vorgänge mit psychischen, Psychophysische Methodik, Fechner's Gesetz, Sinnesphysiologie (Muskelsinn, Hautsinn, Gehörs- und Lichtempfindung, audition colorée), psychische Wirkungen bestimmter Agentien (Arzneistoffe) Reactionszeiten, Messung vegetativer Reactionen (Athmung, Puls, Muskelermüdung).

II. Psychologie des normalen Individuums.

Auskunft über nachstehendes Arbeitsgebiet ertheilen: Prof. Lipps, Privatdocent Dr. Cornelius, Dr. Weinmann.

Aufgaben, Methoden, Hilfsmittel, Beobachtung und Experiment. — Psychologie der Sinnesempfindungen, Empfindung und Vorstellung, Gedächtniss und Reproduction. — Assoziationsgesetze, Verschmelzung — Bewusstsein und Unbewusstes, Aufmerksamkeit, Gewohnheit, Erwartung, Uebung — Raumanschauung des Gesichts, des Getast's, der übrigen Sinne, Tiefenbewusstsein, geometrisch optische Täuschungen, Zeitanschauung.

Erkenntnisslehre — Phantasiethätigkeit — Gefühlslehre, Gefühl und Empfindung, sinnliche, ästhetische, ethische und logische Gefühle, Affekte, Gefühlsgesetze — Willenslehre, Willensgefühl und Willenshandlung, Ausdrucksbewegungen, Thatsachen der Ethik — Selbsbewusstsein, Entwicklung der Persönlichkeit, individuelle Verschiedenheiten derselben.

Hypnotismus, Suggestionslehre, normaler Schlaf, Traumleben — psychischer Automatismus, forensische und pädagogische Bedeutung der Suggestion, pädagogische Psychologie.

III. Psychopathologie.

Auskunft über nachstehendes Arbeitsgebiet ertheilen: Prof. Dr. Grashey, Dr. Frhr. v. Schrenck-Notzing, Herr Edmund Parish.

Bedeutung der Erblichkeit auf psycho-pathologischem Gebiet, Statistisches, Frage nach Vererbung erworbener Eigenschaften, psychische Beziehungen (leibliche und seelische Vererbung), Erscheinungen der Entartung (Degeneration), psychopathische Minderwerthigkeit, Entartung und Genie. Sittliche und sociale Bedeutung der Erblichkeit.

Beziehungen der Psychologie zum Criminalrecht.

Psychopathologie der Sexualempfindungen.

Grosse Neurosen (Hysterie, Epilepsie).

Alternierende Bewusstseinszustände, psychische Ansteckung, pathologische Seite des Hypnotismus, pathologische Schlafzustände.

Psychotherapie, praktische Anwendung der Suggestion zu Heilzwecken.

Verwandte Erscheinungen: Suggestion mentale, Telepathie, psychischer Transfert, internationale Hallucinationsstatistik.

Einschlägiges aus dem Gebiete der Psychiatrie, wie Sinnestäuschungen, Aphasie und Verwandtes.

IV Vergleichende Psychologie.

Auskunft über nachstehendes Arbeitsgebiet ertheilen Prof. Dr. Ranke, Dr. G. Hirth, Dr. Fogt.

Moralstatistisches.

Seelenleben des Kindes.

Die psychischen Functionen der Thiere.

Völkerpsychologie und anthropologische Psychologie.

Vergleichende Sprach- und Schriftforschung in ihrer Beziehung zur Psychologie.

Hypnose oder Simulation? — Donato, der bekannte Magier, eigentlich D'hondt geheissen, hatte sich kürzlich vor der Strafkammer zu Mons zu verantworten, weil er, gegen das belgische Gesetz von 1892 öffentliche Vorstellungen im Hypnotismus gegeben hatte Er erklärte nun, seine Vorstellungen wären gar nicht hypnotisch, seine Experimente beruhten auf Schein und seine Medien spielten Komödie. Er wurde freigesprochen, der Staatsanwalt legte aber unter Hinweis darauf, dass D. bisher die Realität seiner Schaustellungen behauptet hätte, Berufung ein; die Sache kam vor das Appellgericht in Brüssel, wo einer der Sachverständigen, Prof. Delboeuf, erklärte, es sei unmöglich, simulirte von wirklicher Hypnose zu unterscheiden. Er wies darauf hin, dass der Magier Hansen mehrfach Simulanten für Hypnotisirte gehalten habe. Commentar überflüssig. K.

Inhalt des Februar-Hefts.

I. Originalien.

II. Bibliographie.

III. Referate u. Kritiken.

A. Anatomie und Physiologie.

B. Nervenheilkunde.

I. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

II. Specielle Pathologie.

a) Rückenmark.



CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.
Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XIX. Jahrgang. 1896 März. Neue Folge VII. Bd.

I. Originalien.

I.

Haemolum bromatum Koberti.

Practische Erfahrungen aus der neuropathologischen Praxis
von Dr. Holst in Riga.

Welche Rolle die Brompräparate heutzutage bei der Behandlung der verschiedenartigen Neurosen spielen, darüber brauchen wohl keine Worte verloren zu werden. Welche Uebelstände aber auch eine übertriebene Bromtherapie im Gefolge hat, das ist ebenso jedem Arzte, der viel mit Nervenkranken zu thun hat, zur Genüge bekannt. Es sind nicht nur die unter dem Namen Bromismus bekannten lästigen Erscheinungen, die Acne, die Furunculosis, der Fœtor ex ore etc., es sind auch gewisse Wirkungen der anorganischen Bromsalze, die zum Theil den in den gewöhnlich gebrauchten Bromverbindungen enthaltenen Alkalien (namentlich Kali) zur Last gelegt werden. Auch das Brom an sich hat in den meist üblichen grossen Gaben gewiss eine schädliche Wirkung, namentlich in den Fällen, wo neben den Symptomen, die eine Brombehandlung indiciren, gleichzeitig allgemeine Schwächezustände vorhanden sind. Von den verschiedensten Seiten verlautbaren darum jetzt auch schon warnende Stimmen vor dem übertriebenen Bromgebrauch.

Unter diesen Umständen müsste es darum wohl mit Freuden begrüsst werden, dass der bekannte unermüdliche Forscher auf pharmacologischem Gebiete, Professor Kobert in Dorpat, ein Brompräparat erfunden hat, welches den oben angeführten Uebelständen der anorganischen Bromsalze nicht unterliegt. Einige orientirende Daten habe ich aus einer Arbeit von Dr. Tirmann, dem Assistenten des pharmacologischen Instituts in Dorpat, entnommen, welche unter dem Titel „Ueber die Aufnahme des Eisens in den Organismus“ als Separatabdruck aus der Pharmaceutischen Zeitschrift

für Russland erschienen ist. Nach privaten mir von Professor Kobert selbst zugegangenen Mittheilungen soll das Hæmolum bromatum im Verhältniss zu den anorganischen Bromsalzen einen nur geringen Bromgehalt haben und daher bei Epilepsie wohl kaum passen. Es soll viel langsamer im Stoffwechsel cursiren und dadurch das Brom auch langsamer durch den Harn ausgeschieden werden. Das Präparat soll alle die unangenehmen Nebenerscheinungen der anorganischen Bromsalze nicht zeigen und ausserdem, was für die bei Neurosen so häufig vorhandenen secundären Anämien wohl von grösster Bedeutung ist, die günstige Wirkung des leicht resorbirbaren Bluteisenpräparates enthalten.

Die genaueren pharmacologischen und pharmacodynamischen Eigenschaften des neuerfundenen Arzneistoffes sind mir nicht bekannt. Noch ehe derselbe durch die rühmlichst bekannte Merck'sche Fabrik in Darmstadt in den Handel gebracht worden war, hatte Professor Kobert die Güte, mir eine grössere Partie von diesem Hæmolum bromatum zu therapeutischen Versuchen in meiner Heilanstalt für Nervenkranke zur Verfügung zu stellen.

Mit dem grössten Interesse bin ich diesem Wunsche nachgekommen und halte es nun, nachdem ich das neue Präparat in 50 Fällen zur Anwendung gebracht habe, für meine Pflicht, das Resultat dieser meiner Versuche mitzutheilen. Die Dosis, in der ich das Mittel benutzte, war 2,0 1—3 mal täglich in denjenigen Fällen, wo ich eine rasche, volle Bromwirkung erzielen wollte, also bei Epilepsie, hysterischen Krämpfen, bei Schlaflosigkeit, ohne dass eine unmittelbare Ursache derselben nachweisbar war; in allen denjenigen Fällen aber, wo es sich um die anhaltende sedative Wirkung des Broms handeln sollte, gab ich 2—3 mal täglich 1,0.

Die 50 von mir behandelten Fälle zerfielen in: 1. genuine Epilepsie — 3 Fälle, 2. corticale (Jackson) Epilepsie — 1 Fall, 3. grosse hysterische Krampfanfälle — 4 Fälle, 4. Schlaflosigkeit — 5 Fälle, 5. Neuralgien — 3 Fälle, 6. Hysterie ohne grosse Anfälle — 12 Fälle und endlich 7. Neurasthenie — 22 Fälle.

Bei den ersten 3 Gruppen, d. h. Epilepsie (sowohl genuine wie corticale) und bei den grossen hysterischen Krampfanfällen habe ich keinen Erfolg von dem Präparate gesehen und konnte namentlich durch Controllversuche nachweisen, dass in diesen Fällen das Bromnatrium zu 1,0 pro dosi nicht ohne Wirkung war.

Bei den 5 Fällen von Schlaflosigkeit wurde in allen Fällen eine angenehm beruhigende Wirkung nach 2,0, am Abend genommen, angegeben, wenn auch freilich nur in 2 Fällen wirklich Schlaf eintrat. Bei allen 5 habe ich wieder einen Gegenversuch mit Natrium bromat, 1,0 Abends, gemacht. Die 3, die nach Hæmol. bromat. wohl beruhigt wurden, aber nicht schliefen, gaben dieselbe Wirkung auch vom Bromnatrium an. Die 2, bei denen das neue Präparat wirklich Schlaf hervorrief, hatten denselben Erfolg auch vom anorganischen Bromsalz, zogen aber das Bromhaemol vor, weil es nicht die unangenehmen Nebenwirkungen habe.

Von den 3 Neuralgien, denen ich auf der Höhe des Anfalls, welcher immer mit grosser allgemeiner Unruhe verbunden war, 2,0 Hæmol bromat. gab, betrafen 2 Trigeminus-Neuralgien und einer eine Brachialneuralgie.

Die Schmerzen wurden bei allen 3 nicht beeinflusst, wohl aber sagten sie, die allgemeine Unruhe habe nachgelassen.

Die beiden letzten Gruppen, Hysterie ohne Krampfanfälle (12 Fälle) und Neurasthenie (22 Fälle) kann ich füglich bei der Besprechung der Wirkung des neuen Mittels zusammenfassen, denn ich habe aus der Zahl der Hysterischen zu diesen Versuchen nur diejenigen ausgesucht, bei welchen die gesteigerte allgemeine Erregbarkeit, verbunden mit Schwächezuständen, schlechter Ernährung und secundärer Anämie eine Hauptrolle spielte, und habe bei der Prüfung der Wirkung die hysterischen Stigmata, bei denen eine Bromtherapie ja überhaupt nicht indicirt ist, ganz ausser Acht gelassen. Ich habe, wenn ich mich so ausdrücken darf, nur die neurasthenischen Symptome bei den Hysterischen hier berücksichtigt. Ich kann darum diese 34 Fälle bei der Prüfung der Wirkung des neuen Präparates wohl zusammenfassen. Ich kann das umsomehr, als die Wirkung in diesen Fällen im Allgemeinen auch eine gleiche — und in ihrem Grade verschiedene — war.

In allen diesen Fällen hat das Haemolum bromatum sich mir entschieden bewährt, d. h. hat mir bei 3 mal täglich 1,0 dieselbe beruhigende Wirkung gezeigt, wie die anorganischen Bromsalze, denn von einer heilenden Wirkung durch einen Arzneigebrauch überhaupt kann ja in solchen Fällen nicht die Rede sein. Ausserdem habe ich aber etwa in der Hälfte der Fälle, in denen ein längerer Gebrauch durchgeführt werden konnte, eine tonisirende, den Ernährungszustand hebende Wirkung constatiren können. Niemals habe ich irgend eine dem längeren Bromgebrauch sonst anhaftende unangenehme Nebenwirkung beobachtet. Selbst die schwächsten Kranken haben das Präparat gut vertragen.

In mehreren Fällen konnte ich Controllversuche machen, indem ich zeitweilig statt des Hæmolum bromatum (Morgens und Mittags 1,0 und Abends 2,0 oder aber Morgens und Abends 2,0) Natrium bromatum (Morgens und Abends 1,0) gab. Mit Ausnahme von zwei Kranken gaben alle an, dass die beruhigende Wirkung beider Mittel dieselbe sei. Die zwei Patienten, die wohl zugaben, dass das Natrium bromat. mehr beruhige, baten doch lieber um die andere Medication, weil sie die Nebenerscheinungen fürchteten und weil sie sich kräftiger fühlten und besseren Appetit hätten beim Gebrauch des Hæmolum bromatum.

Ziehe ich nun aus meinen Erfahrungen einen Schluss, so muss der folgendermaassen lauten: Das neue von Professor Kobert dargestellte Präparat ist in allen denjenigen Fällen, wo es auf eine rasche, volle Bromwirkung ankommt, nicht geeignet, die anorganischen Bromsalze zu ersetzen. In allen denjenigen Fällen aber, wo es sich um eine andauernde, mässige, calmirende Wirkung handelt, steht es, in etwa doppelt so grosser Dosis gegeben, den anorganischen Bromsalzen in Bezug auf die Bromwirkung vollkommen gleichwerthig zur Seite, übertrifft sie aber in seinem therapeutischen Werthe bedeutend durch den Fortfall aller Intoxications-Erscheinungen und die im Gegensatz dazu in der That günstige tonisirende Wirkung durch den Gehalt an Bluteisen.

Im Ganzen können wir also nur in dem Hæmolum bromatum Koberti eine dankenswerthe Bereicherung unseres Arzneischatzes begrüssen. —

Nachschrift

von Professor **R. Kobert** in Dorpat.

Durch vorstehenden Artikel veranlasst, möchte ich mir erlauben, in Kürze zum besseren Verständniss der Bromhæmolfrage Folgendes zu bemerken:

Die Forschungen der letzten Jahre haben ergeben,

1. das das Haemoglobin bezw. seine Derivate keineswegs im Darmkanal unresorbirbar sind, sondern dass sie bei Darreichung in geeigneter Form ohne Belästigung der Verdauungsorgane selbst von schwächlichen Individuen resorbirt werden können;
2. dass diese Substanzen bei blutarmen Menschen sofort nach der Resorption zur Neubildung von Blutfarbstoff benutzt werden können;
3. dass es Verbindungen des Blutfarbstoffes mit sehr vielen anorganischen Stoffen giebt, wie z. B. mit Zink, Kupfer, Eisen, Quecksilber, Jod, Brom, welche sämmtlich am Krankenbett verwerthbar sind und vor vielen bisher gebräuchlichen Präparaten der genannten Elemente unleugbare Vorzüge besitzen.

Aus diesen Gründen dürfte es nicht unangebracht sein, die Leser dieses Blattes auf das Bromhæmol aufmerksam zu machen. Zwar hat es von allen üblichen Brompräparaten weitaus den geringsten Bromgehalt, nämlich nur 2,7% Br.; aber dieses Brom findet sich hier in eigenartiger organischer Bindung und durchläuft den Organismus so langsam, dass dadurch bei längerer Darreichung von mehrmals täglich 1 2 Gramm doch eine Bromwirkung erzielt wird. Zieht man beim Bromkalium, welches 67,1% Brom enthält, diejenige Brommenge ab, welche fast unmittelbar wieder zur Ausscheidung kommt und daher nur momentan oder gar nicht wirkt, so erniedrigt sich der Gehalt an wirklich wirksamem Brom sehr erheblich. Weiter! Während Bromkalium und andere Brompräparate das Blut ungünstig beeinflussen oder zum Mindesten die Neubildung von rothen Blutkörperchen nicht unterstützen, kann beim Bromhæmol während der Darreichung des Mittels der Haemoglobingehalt des Blutes, falls er subnormal ist, ansteigen.

Auf Grund dieser Thatsachen dürfte das Mittel bei anämischen Personen mit empfindlichem Magen, welche kleiner Bromdosen bedürfen, einer Prüfung werth sein. Bei wirklicher Chlorose ist dagegen das entsprechende Eisenpräparat, Haemolum ferratum, welches das Eisen in eigenartiger Bindung enthält und im Gegensatz zu Ferratin und ähnlichen Präparaten im Magen nicht zersetzt wird, vorzuziehen sein. Ueber das für luetische Nervenleiden wichtige Jodquecksilberhæmol, Haemolum hydrargyrojodatum, werde ich mir erlauben, später zu berichten, da eben eine

grössere Versuchsreihe darüber im Gange ist. Alle genannten Präparate werden, falls gesteigerte Nachfrage eintritt, ausser in Pulverform auch als comprimirte Pulver, d. h. als Tabletten, sowie als Chocoladepastillen in den Handel gebracht.

II.

Beiträge zur Lehre von den cutanen Sensibilitätsstörungen.

Von Dr. L. Löwenfeld (München).

Den Störungen des Ortssinnes ist schon seit geraumer Zeit keine besondere Beachtung geschenkt worden und unsere Kenntnisse betreffs derselben haben auch schon lange ausser durch zufällige Entdeckungen (Allocheirie: Obersteiner, Allachästhesie: Grainger Stewart) keine nennenswerthe Bereicherung erfahren. Es hängt dies zum Theil wohl mit dem Umstande zusammen, dass man von der Verwerthung der Weber'schen Methode, i. e. dem Gebrauch des Tasterzirkels oder ähnlicher Instrumente bei der klinischen Untersuchung der Sensibilitätsverhältnisse Nervenkranker mehr und mehr Umgang genommen hat, weil die Ergebnisse dieses Verfahrens zu sehr von der Intelligenz und dem guten Willen des Untersuchten sich abhängig erweisen und häufig allerdings in keinem rechten Verhältnisse zu dem erforderlichen Aufwande an Mühe und Zeit stehen. Indess verdient der Tasterzirkel keineswegs die Missachtung, die ihm in weiten Kreisen zu Theil geworden ist. Die Verwendung desselben in geeigneten Fällen, d. h. bei intelligenten Personen, welche der Untersuchung ihre volle Aufmerksamkeit zuzuwenden bereit sind, kann uns einen besseren Einblick in das Verhalten des Ortssinnes und der extensiven Empfindlichkeit bei Schädigung der cutanen Sensibilität verschaffen, als andere Untersuchungsmethoden; sie ist auch geeignet, uns Aufschluss über manche Einzelheiten zu geben, mit welchen man sich bisher nicht beschäftigt hat.

Die im Folgenden zu berichtenden Thatsachen, welche dies darthun werden, sind, wie ich glaube, nicht bloss von pathologischem, sondern auch von physiologischem Interesse.

I. Störungen der Localisation.

Man hat bisher bei Anwendung der Weber'schen Methode zur Prüfung des Ortssinns bei cutanen Sensibilitätsstörungen sich mit der Constatirung der Thatsache gewöhnlich begnügt, dass die Tastkreise mehr oder minder erweitert sind, i. e. ein mehr oder minder über die Norm hinausgehender Abstand der beiden Zirkelspitzen zur Hervorrufung zweier gesonderter tactiler Eindrücke erforderlich ist. Die Untersuchung kann sich jedoch auf verschiedene weitere Umstände erstrecken: Auf die Lage der Stelle, an welcher bei Erweiterung der Tastkreise der eine percipirte Eindruck localisirt wird, die Aenderung, welche die Localisation dieses Eindruckes mit der Vergrösserung des Abstandes der beiden Zirkelspitzen erfährt und auf die schliessliche Localisation der beiden unterschiedenen Eindrücke und deren Beziehung zur Stellung der auf der Haut ruhenden Spitzen, auf den

Einfluss anderer gleichzeitiger tactiler Eindrücke auf die Localisation. Meine bisherigen Untersuchungen über diese Punkte haben zur Aufdeckung folgender Thatsachen geführt:

1. Setzt man die beiden Zirkelspitzen auf eine Hautstelle mit herabgesetzter Sensibilität, an welcher normaliter die Tastkreise von grösserem Umfange sind, z. B. am Oberschenkel bei einem Abstande von 6 oder 7 cm auf, so begegnet man bei ganz allmähliger Erweiterung des Spitzenabstandes bis zum Auftreten zweier Berührungsempfindungen mitunter folgendem Verhalten: Die gefühlte eine Berührung wird zunächst in die Nähe der einen Spitze verlegt und rückt dann, wenn man die eine Spitze an derselben Stelle oder deren nächster Nähe belässt und nur die andere verschiebt, ganz successive entsprechend der Vergrösserung des Abstandes der beiden Zirkelspitzen gegen die Mitte zwischen diesen vor,*) um dann bei weiterer Zunahme des Abstandes beider Spitzen an dieser Stelle wieder zu verschwinden und durch 2 in der Nähe der beiden Spitzen auftauchende Empfindungen versetzt zu werden.
2. Der gefühlte eine Eindruck wird bei sonst gleichen Verhältnissen in die Nähe oder auch etwas entfernt von der einen Spitze verlegt und verbleibt bei weiterem Auseinanderrücken der Zirkelspitzen an dieser Stelle oder deren Nähe, um dann mit einem Male ungefähr in der Mitte zwischen den beiden Spitzen zu erscheinen; bei weiterer Vergrösserung des Abstandes Verhalten wie im vorigen Falle.
3. Der Eindruck wird ceteris paribus sogleich in die Mitte zwischen beiden Spitzen verlegt; im Uebrigen wie sub 1 und 2.
4. Der bei Aufsetzen der beiden Spitzen percipirte Eindruck wird zunächst ausserhalb des Bezirkes dieser in einer gewissen Entfernung von der stabilen Spitze localisirt, verbleibt auch an dieser Stelle bis zum Auftreten der 2. Berührungsempfindung, welche in die Gegend der 2. verschobenen Spitze verlegt wird. Auch das umgekehrte Verhalten wird beobachtet: Persistenz des erstgefühlten Eindruckes in der Gegend der stabilen Spitze bis zum Auftauchen der 2. Empfindung, welche jedoch entfernt von der Stelle der verschobenen Spitze localisirt wird.
5. Sowohl die zuerst auftretende Empfindung als die 2. werden mehr oder minder entfernt von dem Bezirke der beiden Spitzen localisirt. wobei auch der Abstand der beiden gefühlten Eindrücke und deren Lagebeziehung zu einander von dem Verhalten der thatsächlich stattfindenden Berührungen ganz verschieden sein können.
6. Der erste Eindruck wird in die Mitte zwischen beiden Spitzen localisirt und persistirt bis zu dem Auftreten der 2. Empfindung, welche in grösserem Abstande von der einen oder anderen Spitze auftaucht (Verschiebung der Eindrücke).

---

*) Markirt man die betreffenden Stellen mit dem dermographischen Stifte, so zeigt sich, dass mit jedem cm., um welchen man den Spitzenabstand vergrössert, die Berührungsempfindung um ein entsprechendes Stück gegen die Mitte zu sich verschiebt

7. Der zuerst gefühlte Eindruck wird in die Nähe der einen Spitze verlegt und die 2. Berührungsempfindung, auch wenn dieselbe bei thatsächlich sehr erheblichem Abstande der beiden Spitzen erst auftritt, doch sehr nahe der ersten localisirt. Es können auch beide Eindrücke innerhalb des Bezirkes beider Spitzen in einer gewissen Entfernung von diesen localisirt werden.
8. Nähert man sich bei weiterem Aneinanderrücken der beiden Zirkelspitzen jenem Abstande, bei welchem an 2 Stellen Berührungen empfunden werden, so erklärt der Untersuchte häufig, dass er eine 2. Spitze zwar deutlich fühle, aber nicht im Stande sei, anzugeben, wo. Die Localisation der 2. Berührungsempfindung wird wohl bei einer weiteren Vergrösserung des Spitzenabstandes um 1 oder mehrere Centimeter möglich.
9. Es kommt ferner vor, dass bei deutlicher Wahrnehmung von 2 Berührungen keine derselben oder nur eine localisirt, die Stelle der anderen dagegen auch bei weiterer erheblicher Vergrösserung des Abstandes beider Spitzen nicht angegeben werden kann.
10. Ein weiter zu beobachtender Fall ist folgender: Bei einem der Norm entsprechenden Abstande beider Zirkelspitzen (6—7 cm am Oberschenkel z. B.) werden 2 Berührungen gefühlt, doch nur ganz vorübergehend. Die von der einen Spitze herrührende Empfindung verschwindet wieder und nur die andere persistirt und zwar an derselben Stelle, auch wenn successive der Abstand der beiden Spitzen vergrössert wird. Erst bei sehr beträchtlicher Zunahme dieses Abstandes (24 cm am Oberschenkel z. B.) stellen sich 2 Berührungsempfindungen dauernd ein*).

II. Störungen der extensiven Empfindlichkeit.

Schon aus den im Vorstehenden angeführten Thatsachen geht hervor, dass bei Störungen der cutanen Sensibilität mit Erweiterung der Tastkreise auch die extensive Empfindlichkeit, i. e. die Fähigkeit, die räumliche Distanz zweier getrennt wahrgenommener tactiler Eindrücke zu beurtheilen, Veränderungen erleidet. Diese Fähigkeit unterliegt auch unter normalen Verhältnissen Schwankungen, je nach der Entwicklung des Ortssinnes an der berührten Hautstelle, der Intelligenz des Untersuchten und dessen Uebung in der Schätzung räumlicher Distanzen. Nicht sehr erhebliche Fehler in der Schätzung des Abstandes beider Zirkelspitzen können daher, gleichgiltig, ob es sich um Ueber- oder Unterschätzung des Abstandes handelt, nicht als pathologisch in Betracht kommen.

Nach meinen Beobachtungen kann die extensive Empfindlichkeit bei Erweiterung der Tastkreise folgendes Verhalten zeigen:

1. Die Entfernung beider Zirkelspitzen wird in normaler Weise, d. h. annähernd dem wirklichen Abstande entsprechend beurtheilt.

---

*) Ein ähnliches Verhalten wird auch bei Gesunden beobachtet; nur besteht hier der Unterschied, dass das Andauern der 2 Berührungsempfindungen bei einem geringeren Spitzenabstande eintritt, als in pathologischen Fällen.

2. Die Entfernung beider Spitzen wird ganz erheblich überschätzt; dies ist in manchen Fällen die einfache Localisation der gefühlten Berührungen (S. oben 4 u. 5).
3. Die Distanz beider Spitzen wird erheblich unterschätzt; auch hier handelt es sich lediglich um eine Folge der fehlerhaften Localisation einer oder beider wahrgenommenen Berührungen (S. oben 7).

Auffallend ist der Umstand, welchen ich schon vor Jahren in einem Falle postdiphtheritischer multipler Neuritis bei einem Collegen mit aller Bestimmtheit constatiren konnte, dass bei der Unterschätzung des Abstandes beider Spitzen die von diesen herrührenden tactilen Eindrücke mitunter in einem Abstande unterschieden werden, in welchem normaliter die Unterscheidung zweier Eindrücke an der betreffenden Hautstelle nicht möglich ist. So wurde in dem erwähnten Falle die in Wirklichkeit 13 cm betragende Distanz beider Zirkelspitzen, bei welcher am Oberschenkel 2 Berührungen gefühlt wurden, auf 1 cm taxirt, und wenn man den Patienten aufforderte, mit dem Finger die Stelle zu bezeichnen, an welcher er die 2. Berührung fühlte, so befand sich diese in nächster Nähe der ersten, weit entfernt von der thatsächlichen Berührungsstelle der 2. Spitze. Diese subjective Annäherung der beiden Berührungsstellen trat auch ein, wenn man dem Patienten die Augen nicht verdeckte und er die Stellung der Zirkelspitzen sehen konnte. Bemerkenswerth ist ferner, dass die Unterschätzung des Abstandes beider Spitzen wenigstens in manchen Fällen nur für jene Distanz statthat, bei welcher eben eine Unterscheidung zweier Eindrücke möglich ist. Wenn der Patient z. B. bei 3 cm Spitzenabstand erst 2 Berührungen unterscheidet und die Entfernung der Spitzen als sehr klein, etwa auf $^1/_2$ cm taxirt, so wird bei Vergrösserung des Abstandes beider Spitzen um $^1/_2$ cm dieser nunmehr nicht auf das Doppelte des früheren, also ungefähr 1 cm, sondern als erheblich grösser und zwar ungefähr der wirklichen Distanz entsprechend geschätzt.

III. Störungen der Perception.

Bei meinen Untersuchungen mit dem Tasterzirkel bin ich auch auf mehrere Anomalien in der Perception tactiler Eindrücke gestossen, welche hier Erwähnung verdienen.

a) *Oscilliren der Empfindung.*

Die durch Aufsetzen einer oder beider Zirkelspitzen hervorgerufene Berührungsempfindung verschwindet alsbald, um nach einiger Zeit wieder aufzutauchen, dann wieder zu verschwinden u. s. w. Je abgestumpfter die tactile Empfindlichkeit in einem Hautbezirke ist, um so mehr scheint sich im Allgemeinen die Neigung zum Oscilliren der Empfindung zu zeigen.

b) *Interferenzerscheinungen.*

In manchen Fällen lässt sich die durch eine oder beide Spitzen hervorgerufene Berührungsempfindung durch Hinwegstreichen über die Haut in der Nachbarschaft mit einem Finger oder runden Stifte ganz oder fast ganz auslöschen; die Empfindung taucht sofort wieder auf, wenn man mit dem Streichen aufhört; mitunter beschränkt sich der Einfluss des Streichens darauf, dass durch denselben lediglich die Localisation der übrigens deutlich

gefühlten Berührungsempfindung unmöglich gemacht wird. Auch dadurch kann sich die Einwirkung des Streichens äussern, dass die durch Aufsetzen beider Zirkelspitzen hervorgerufene Berührungsempfindung schwindet, wenn man lediglich die eine oder andere der beiden Spitzen von der Haut entfernt. Man könnte daran denken, dass diese Erscheinungen von einer Ablenkung der Aufmerksamkeit auf den neuen tactilen Eindruck herrührt. Diese Annahme wird durch den Umstand hinfällig, dass bei einem und demselben Kranken die Erscheinung in einem hyperästhetischen Hautbezirke sich finden, in einem anderen fehlen kann; so liess sich dieselbe in einem Falle von Tabes nur am rechten Beine, an welchem die Sensibilität erheblich geschädigt war, constatiren, dagegen nicht am linken, an welchem ebenfalls Sensibilitätsstörungen, aber etwas geringeren Grades, bestanden. Bei Gesunden lässt sich das Phänomen nach meinen allerdings nicht sehr zahlreichen Versuchen nur ausnahmsweise hervorrufen.

c) *Unter- oder unbewusste Perception.*

Es kommt auch vor, dass weder das Aufsetzen, noch längeres Verweilen einer oder beider Zirkelspitzen auf einer Hautstelle eine Empfindung auslöst, eine solche dagegen durch die Entfernung der Spitzen von der Haut hervorgerufen wird. Mit Leitungsverlangsamung hat dieser Umstand nichts zu thun. Derselbe wird offenbar dadurch bedingt, dass in Folge des Ausfalles oder der Veränderungen leitender Elemente der von den Zirkelspitzen ausgeübte tactile Reiz keine deutlich bewusste, sondern lediglich eine un- oder unterbewusste Empfindung auszulösen vermag, deren Aufhören sich dem Bewusstsein in irgend einer Weise signalisirt. Analoge Erfahrungen im Bereiche des Physiologischen sind zur Genüge bekannt: Angewöhnung an irgend welche Eindrücke, welche dann nicht mehr während ihrer Andauer zu bewusster Empfindung führen, wohl aber bei ihrem plötzlichen Aufhören, so bei dem Müller z. B., welcher durch den Stillstand seiner Mühle aus dem Schlafe geweckt wird etc.

Von den im Vorstehenden angeführten Störungen ist bisher, so weit ich die Litteratur übersehen kann, nur das Oscilliren der Empfindung beobachtet worden. Remak*) fand bei Tabetischen, dass die durch Druck und Temperaturreize ausgelösten Empfindungen bei andauernder Einwirkung des Reizes alsbald schwanden, bei erneuter Anwendung des Reizes nach einiger Zeit dagegen sich wieder zeigten. Bei einem Kranken wurde durch den faradischen Pinsel bei erheblichem Rollenabstande eine Empfindung hervorgerufen, welche alsbald wieder schwand, nach einigen Secunden schwach wiederkehrte und schliesslich ganz erlosch. Stern**) konnte bei Tabetischen das auffällig rasche Ermüden gegenüber Temperaturreizen nachweisen.

Meine Untersuchungen wurden zum grössten Theile an Rückenmarkskranken vorgenommen; dieselben bedürfen, wie ich sehr wohl weiss, noch

*) E. Remak: Zu den Sensibilitätsstörungen der Tabes dorsalis. Archiv für Psych., VII. Bd, 3. Heft, 1877. S. 496.

**) B. Stern: Ueber die Anomalien der Empfindung und ihre Beziehungen zur Ataxie bei Tabes dorsalis. Archiv für Psychiatrie, XVII Band, 2 Heft, 1886, S. 485.

in verschiedener Beziehung der Ergänzung. Wenn ich mich durch diesen Umstand nicht abhalten liess, dieselben hier mitzutheilen, so geschah es aus dem Grunde, weil ich kaum in der Lage sein werde, in nächster Zeit den Gegenstand weiter zu verfolgen, während manche, namentlich jüngere Collegen, über Zeit und Material verfügen mögen, um die von mir begonnenen Studien fortzusetzen. Hierbei sind einige Cautelen erforderlich, welche ich nicht unerwähnt lassen möchte.

Da die Untersuchten begreiflicher Weise des Glaubens sind, dass sie den durch die Zirkelspitzen verursachten Eindruck an der Hautstelle fühlen müssten, an welcher die Spitzen sich befinden, so zeigen dieselben häufig eine Neigung, sich in ihren Angaben über die Localisation der gefühlten Eindrücke von der Stellung der Spitzen beeinflussen zu lassen, wodurch ihre Angaben natürlich werthlos werden. Wenn sie mit dem Finger, mit welchem sie die Stelle der gefühlten Berührung bezeichnen wollen, an dieser auf keinen Widerstand stossen, so glauben sie gerne, dass sie sich geirrt haben müssten und suchen nun durch Weitertasten nach der einen oder anderen Spitze hin den vermeintlichen Irrthum zu berichtigen; man darf daher nicht versäumen, den Untersuchten dahin zu instruiren, dass er unbekümmert um die Stellung der Zirkelspitzen lediglich den Ort bezeichnet, an welchem er den Eindruck zu fühlen glaubt. Dabei ist auch Vorsorge zu treffen, dass zufällige Berührungen des Zirkels vermieden werden. Dies geschieht dadurch, dass man den Untersuchten anweist, nicht auf dem Luftwege den Finger nach der zu bezeichnenden Stelle zu führen, sondern durch Fortbewegung desselben auf der Haut von einer benachbarten Gegend aus (je nach der Stellung des Zirkels von oben, unten oder von der Seite her) oder die Bezeichnung mit einem (dermographischen) Stifte von einer bestimmten Seite her vorzunehmen. Letzteres Verfahren wird immer nothwendig, wenn durch Hinwegstreifen des Fingers über die Haut die Berührungsempfindung ausgelöscht oder deren Localisation unmöglich wird.

Auf eine genauere Analyse meiner Beobachtungen an dieser Stelle verzichte ich; ich begnüge mich, die wichtigsten aus denselben sich ergebenden Folgerungen in Kürze anzudeuten.

1. Die Localisation ist, wie wir sehen, ein accessorisches Element der tactilen Empfindung, ein Element, das isolirt in Wegfall kommen kann.
2. In einem Hautbezirke, in welchem 2 Berührungen nicht als gesondert aufgefasst werden, ist doch noch eine gewisse räumliche Unterscheidung möglich; diese kann sogar eine merkwürdige Präcision zeigen. Die Lehre von den Tastkreisen wird dieser Thatsache entsprechend modificirt werden müssen.
3. Neben den Dauersymptomen — Ausfallserscheinungen — finden wir bei erheblicher Schädigung der cutanen Sensibilität spinalen, vielleicht auch peripheren Ursprungs (wahrscheinlich häufig) Ermüdungs- und Interferenzerscheinungen, welche bei der Beurtheilung der bestehenden Functionsstörungen nicht ausser Betracht bleiben dürfen.

III.

Bemerkungen zu Dr. Alzheimer's Arbeit:
Ueber die durch Druck auf den Augapfel hervorgerufenen Visionen.

Von Dr. phil. et med. Liepmann (Breslau).

Im Octoberheft dieser Zeitschrift macht Alzheimer die interessante Mittheilung, dass es ihm gelungen sei, durch Druck auf den Augapfel auch bei Epileptikern, Hysterischen, ja bei einem Paralytiker und Paranoiker Visionen auszulösen von der grössten Aehnlichkeit mit denen, welche ich bei Deliranten hervorgerufen und im Archiv für Psychiatrie, Bd. XXVII, Heft 1, beschrieben habe. Eine Hysterische zeigte sogar das merkwürdige, bei Deliranten so ungemein häufige Lesen visionirter Schriften.

Besonders werthvoll erscheint mir der Fall von A., in dem ein durch Hornhautvernarbung völlig erblindeter Patient bei Druck zu visioniren anfing: ein von der Natur vorbereitetes Experiment, welches beweist, dass nicht der Lichtabschluss, sondern der mechanische Reiz das auslösende Moment war.

Da gelegentliche Gegenversuche, welche ich selbst an Paralytikern und Paranoikern vornahm, durchweg negativ ausgefallen waren, so hatte sich bei mir im Stillen die Meinung ausgebildet, dass das Symptom bei diesen Psychosen mindestens eine Seltenheit sei. An Epileptikern und Hysterischen hatte ich überhaupt keine Versuche angestellt. Neuerdings konnte ich bei einer Hysterischen unmittelbar nach dem Anfall Druckvisionen erzeugen. Jedoch glaubte Patientin nicht an die Realität des Gesehenen.

Die Alzheimer'schen Ergebnisse erweitern nun den Geltungsbereich des Symptomes erheblich Indessen „schränken" sie in dieser Beziehung nicht, wie Alzheimer meint, irgend welche Behauptung meiner Arbeit ein. Ich habe nämlich, da ich mir wohl bewusst war, dass meine Gegenversuche für eine Generalisirung des Resultates viel zu wenig umfassend und gründlich waren, in geflissentlicher Vorsicht vermieden, mich über das Vorkommen der Erscheinung in anderen Psychosen auszusprechen. Ich habe nirgends in meiner Arbeit erklärt, dass die „Druckvisionen für das Delirium der Alcoholisten specifisch seien", sondern habe das Phänomen da, wo ich es besonders häufig und lebhaft fand, nämlich im Delirium tremens, beschrieben.

In 6 Zeilen von 62 Seiten spreche ich wohl von einem „diagnostischen Nutzen" des Verfahrens. Nun ist doch ein diagnostisch verwerthbares Symptom durchaus nicht identisch mit einem specifischen. Ueberdies ist der diagnostische Nutzen, den ich der Versuchsweise beiwohnend wissen wollte, genau präcisirt: „Wir haben sie mehrfach bei Personen angewendet, die des Deliriums verdächtig waren, aber Hallucinationen in Abrede stellten. Der positive Erfolg sicherte in solchen Fällen das Vorhandensein von Hallucinationen" (S. 52). Also den diagnostischen Nutzen suchte ich darin, bei einem ruhig erscheinenden Alcoholisten, der seine Sinnestäuschungen

vergessen hat oder dissimulirt, das Vorhandensein oder Inaussichtstehen, gewissermassen das Glimmen eines eigentlichen Deliriums zu erkennen.

In einem hiermit im Zusammenhang stehenden Punkte bedeuten allerdings Alzheimer's Ergebnisse eine „Einschränkung" der meinigen. Er hatte auch bei einem Abortivdelirium ein positives Ergebniss. Meine vielen negativen Fälle können natürlich diesen positiven nicht aus der Welt schaffen. Indess ist doch zu erwägen, ob nicht der betreffende Patient eben zu der Categorie derer gehörte, die ihre Sinnestäuschungen nicht zugestehen, so dass gerade hier der diagnostische Nutzen des Symptoms hervorträte.

Es wäre nun dankenswerth, wenn Alzheimer nicht nur die positiven Versuche mittheilte, sondern auch angäbe, welchen Bruchtheil der überhaupt geprüften Fälle sie ausmachen, ferner in welchem Stadium der Krankheit sich die Erscheinung erzeugen liess, ob sie sich etwa, wie in seinem Fall 3 nur in grösster zeitlicher Nähe zu einer acuten Attaque einstellt.

Auf diese Weise liesse sich entscheiden, in welcher Häufigkeit das Symptom bei verschiedenen Psychosen vorkommt, ob irgendwo bei gleicher Intensität annähernd so häufig, wie im Delirium, und welche, verschiedenen Seelenstörungen gemeinsamen, Bedingungen der in dem Symptome zum Ausdruck kommenden abnormen Erregbarkeit zu Grunde liegen.

IV.

Ueber die Heterotopie des Rückenmarks.

(Aus dem Laboratorium der Budapester Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten)

Von Dr. Béla Nagy, I. Universitäts-Assistent.

Die Häufigkeit und klinische Bedeutung der abnormen Entwicklungsformen des Rückenmarkes bildet in diesen Tagen einen Gegenstand lebhafter Discussionen. Und dies mit Recht, da die Litteratur nur eine geringe Anzahl histologisch verwertheter Fälle anführt, so dass es übereilt wäre, aus denselben schon ein bestimmtes Urtheil zu schöpfen. Es sind uns insgesammt kaum mehr als 19 fachmässig publicirte Fälle bekannt; noch dazu beziehen sich 3 dieser Fälle auf Thiere mit Entwicklungsabnormitäten, wobei natürlich eine gebührende Würdigung der klinischen Erscheinungen ausgeschlossen blieb. So bleiben uns im Ganzen nur 16 solcher Fälle, welche eine wirklich exacte Kritik zulassen; eine so geringe Zahl von Beobachtungen berechtigt uns, meinem Ermessen nach, keineswegs, ein endgiltiges Urtheil über die Häufigkeit der Entwicklungsanomalien oder deren klinische Bedeutung zu fällen.

Es waren vornehmlich deutsche Forscher, welche sich mit dem Studium dieser Frage befassten, wie Kronthal, Jacobsohn, Brasch, Chiari, Pick, Feist u. A., die sich den einzelnen Fällen mit grossem Eifer widmeten und den Zusammenhang zwischen den klinischen Symptomen und den Entwicklungsanomalien zu ermitteln bemüht waren.

Bei diesen Arbeiten erscheint es von vornherein auffallend, dass die Publikation der erwähnten Fälle so sporadisch, einzelweise geschah, und wäre es nach einer Aeusserung Kronthal's hauptsächlich der oberfläch-

lichen Untersuchung zuzuschreiben, dass andere Laboratorien so wenig über diesen Gegenstand publicirten.

Eben diese Aeusserung Kronthal's bewog mich, die vorliegende casuistische Arbeit zu publiciren, hatte ich doch im Laboratorium des Herrn Professor Laufenauer während des kurzen Zeitraumes einiger Wochen Gelegenheit, 4 mal an Menschen die Heterotopie des Rückenmarkes zu beobachten.

Was nun diese Fälle anbelangt, so bezieht sich der erste Fall auf einen an dementia senilis leidenden Kranken.

Das Rückenmark wurde nach geschehener Section in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet, hiernach ordnungsmässig für die Weigert'sche Färbungsmethode vorbereitet. Sofort nach der Härtung war an den Schnitten des Rückenmarkes deutlich eine Entartung des rechtsseitigen Pyramidenseitenstranges wahrzunehmen. Das ganze Rückenmark zeigte jedoch nur im Cervicalsegmente besondere Regelwidrigkeiten und zwar von der Cervicalanschwellung bis zur unteren Pyramiden-Decussation.

An den nach der Weigert'schen Methode angefertigten Präparaten ist folgendes wahrznehmen:

Wie Figur 1 zeigt, ist in der grauen Substanz des Rückenmarks eine vollständige Gestaltsveränderung eingetreten. Die Vorderhörner sind klein, und finden wir seitwärts von diesen, an der Uebergangsstelle der Vorder- zu den Hinterhörnern, neuerdings zwei an Grösse wesentlich verschiedene Hörner mit deutlich erkennbaren Ganglienzellen; wir sind demnach berechtigt, eigentlich von 4 Vorderhörnern zu sprechen. Wir suchen vergeblich die normale Anordnung der Hinterstrangsfasern zu ermitteln, statt derselben finden wir sporadisch einen unregelmässigen, von Furchen unterbrochenen Faserhaufen.

Figur 2 zeigt fast vollkommen gleiche Verhältnisse in der grauen Substanz des Rückenmarkes. Auch hier erkennen wir 4 Hörner mit den characteristischen Nervenzellen, d. h. zwei der Hörner sind an den vordersten Theilen des Markes, die zwei anderen an der Uebergangsstelle des Vorder- und Hinterhornes gelegen. Doch finden wir hier abweichend von voriger Figur im Hinterstrange eine circumscript auftretende graue Substanzmasse mit wohl unterschiedenen Nervenzellen. Die normale Gestaltung des Hinterstranges ist verschwunden.

In Figur 3 stellen sich wohl die oben bezeichneten Hörner in anderer Gestalt dar, doch sind die 4 Hörner noch immer von einander wohl zu unterscheiden, obwohl besonders jene Hörner, welche an der Mitte der Vorder- und Hinterhörner gelegen sind, weit weniger prominiren, als wir dies in den vorigen Figuren bemerken. Die Lage der Hörner entspricht vollkommen den oben beschriebenen. Dieser Theil jedoch unterscheidet sich von oben gezeichneten insofern, als wir eine graue Substanzmasse sehen, welche zwischen den beiden Hörnern, vom rechten Horn ausgehend, weit in den Hinterstrang hineingreift, fast den meist peripherisch gelegenen Theil desselben erreichend. Die Form und Structur des Hinterstranges ist hier nicht zu unterscheiden.

Figur 4 zeigt folgende Gestaltung: Der links gelegene Theil der grauen Substanz zeigt ein meist ventralwärts gelegenes Horn, ausserdem

ein zweites, an der Uebergangsstelle des Vorder- und Hinterhornes; das rechtsseitige Horn ist vollkommen verändert. Wie man sieht, hat die in Figur 3 bezeichnete Substanzmasse, welche, zwischen beiden Hörnern, vom rechten Horn ausgehend, weit gegen den Hinterstrang hinübergreift, fast den ganzen peripherischen Theil desselben erreicht und confluirt nun immerfort, nach der linken Seite geschoben, mit dem linksseitigen Horne. In der solcherart der Breite nach verstärkten grauen Substanz finden wir mehrererorts Faserstränge in grösseren und kleineren Haufen. Der Hinterstrang nähert sich hier schon seiner normalen Gestaltung.*)

Der II. Fall entstammt gleichfalls einer an dementia senilis Erkrankten, deren rechte Körperhälfte von fortwährenden clonischen Krämpfen betroffen und deren Hals beständig nach links gewendet war.

Nachdem das Rückenmark in Müller'scher Substanz gehärtet und in Stücke zerlegt war, bemerkten wir, dass die graue Substanz des Rückenmarkes im Cervicalmarke, von der Höhe der dritten Wurzel angefangen bis zur 7. eine von der normalen abweichende Structur aufweist. Das Material wurde nach der Weigert'schen Tinctionsmethode behandelt, worauf das in Figur 5 dargestellte Bild wahrnehmbar wurde, und zwar weist das linke Horn eine vollkommen normale Gestalt auf; rechts aber bemerken wir zwei scharf unterschiedene Hörner. Die Nervenzellen sind in beiden normal, gut sichtbar.

Das rechtsseitige Hinterhorn ist einigermassen von dem linken verschieden, insofern als es viel dicker, geräumiger ist. Die weisse Substanz zeigt nichts Pathologisches. Die Gestalt des Rückenmarkes ist einigermassen verändert. Wir finden nämlich nach rechts vom sulcus longitudinalis anterior eine fast gleich tiefe Incisur, welche die beiden rechtsseitigen Hörner von einander scharf trennt. Je höher geführte Schnitte wir prüfen, desto seichter wird die Incisur, die graue Substanz zwischen den beiden Hörnern verdickt sich, die Hörner nähern sich immer mehr einander und mit dem Verschwinden der erwähnten Incisur fliessen die Hörner in einander und wir haben es fernerhin mit ganz normal gestalteten Hörnern zu thun.

Der III. Fall bezieht sich ebenfalls auf dementia senilis.

Nach der Section wurde das ganze centrale Nervensystem in Müller'sche Flüssigkeit gethan, das Gehirn wurde in toto gehärtet und erst nach diesem in 5—6 Stücke zerlegt. Dieser Fall ist ausserordentlich lehrreich, nachdem in der rechten Hemisphäre eine ausgedehnte Blutung zu bemerken war, durch welche die rechtsseitigen Ganglien vollständig zerstört waren. Das Rückenmark zeigte überall normale Verhältnisse, ausgenommen den Cervicaltheil, resp. die Nackenanschwellung. Wir sehen hier nämlich folgendes in Figur 6 veranschaulichtes Bild: Die Hörner des Rückenmarks zeigen sich von einander verschieden. Das linke Vorderhorn ist nämlich viel kürzer als das rechte, seiner Lage nach viel schräger als das anderseitige; überdies zeigt das linke Hinterhorn ein im Vergleich zum rechten gedrehtes Aussehen. Die weisse Substanz zeigt nach Weigert'scher Behandlung keine sicher zu diagnosticirende Degeneration, die Marchi'sche Behandlung lässt jedoch sowohl den vorderen als den Pyramidenseitenstrang mit Sicherheit als degenerirt erkennen. Die Faserbündel lassen ihre gewöhnliche regel-

*) Dass der rechtsseitige Pyramidenseitenstrang degenerirt ist, ward bereits erwähnt, sonstige Veränderungen an den Fasern konnte ich nicht wahrnehmen.

mässige Anordnung vermissen, besonders die vorderen Bündel und zwar sind der linke Vorderstrang, ausserdem der rechte Hinterstrang schmäler als die jenseitigen. Besonders auffallend sind an diesem Präparate die am Berührungspunkte des linksseitigen Vorder- und Seitenstranges auftretenden Bündel, welches vom Rückenmark vollständig gesondert erscheint. Hier haben wir es also eigentlich mit einer Doppelbildung und nicht mit einer Heteropie im genauen Sinn des Wortes zu thun.

Schnitte aus einem höher gelegenen Theile liefern das folgende Bild, wie es in Figur 7 dargestellt erscheint:

Sowohl die Vorder- als die Hinterhörner des Rückenmarkes sind je unter einander verschieden und zwar ist das linke Vorderhorn weit schmäler als das rechte; hingegen erscheint das linke Hinterhorn viel ausgeprägter als das rechte, welches letztere bloss angedeutet erscheint. Diese Grössenveränderung kann nicht ausschliesslich der Atrophie zugeschrieben werden, insofern die Zellen selbst keine pathologische Abweichung zeigen. Die Integrität der Zellen aber ist als bestimmt anzunehmen und zwar traue ich diesbezüglich weniger den nach der Weigert'schen als den nach der Nissl-schen Methode dargestellten Präparaten. Die wesentliche Abnormität betrifft hier die weisse Substanz, die beiderseitigen weissen Vorderstränge sind verschmälert, besonders der rechtsseitige Hinterstrang.

Ueber den Vordersträngen finden wir ein vom Rückenmark gänzlich unabhängiges, mächtiges Faserbündel, wir fanden aber in demselben Theile auch schon graue Substanz mit den characteristischen Rückenmarkszellen.

Dieselbe Figur zeigt das beständige Anwachsen des in der vorigen Figur dargestellten Faserbündels, in dessen centralem Theile später eine graue Substanzmasse auftritt.

Das ganze Auftreten und die Anordnung dieser Doppelbildung wird erklärlich, wenn wir in Betracht ziehen, dass das erwähnte Bündel erst schmal ist, später breiter wird, graue Substanz aufnimmt, zuletzt aber sich in demselben Maasse verschmälert, als es sich vorerst verbreitert hat, um schliesslich derart zu verschwinden, dass bei der Pyramidendecussation schon vollkommen normale Verhältnisse herrschen. Das anormale Bündel zeigt die Spindelform, in deren centralstem Theile graue Substanz bemerkbar ist.

Der IV. Fall entstammt einem an Paralysis progressiva Verstorbenen.

Die Präparate aus diesem Materiale wurden nach der Weigert'schen Methode angefertigt. Schon gelegentlich der Härtung fiel es auf, dass der cervicale Theil gegenüber den vollkommen normalen Verhältnissen des Lenden- und Rückenmarkes eine gänzlich abweichende Configuration aufwies. Die microscopische Untersuchung zeigte folgende Verhältnisse:

Das linke Horn des Rückenmarkes, sowie die weisse Substanz dieser Seite zeigen die normale Gestaltung.

Die graue Substanz stellt sich ganz anders dar. Auffallend erscheint vor Allem, dass links zwei schmale Vorderhörner zu sehen sind, die in der Commissur ineinander übergehen.

Am Uebergange des Vorderhornes in das Hinterhorn ist die rechtsseitige graue Substanz im Vergleiche zur linksseitigen sehr schmal, um sich dann relativ verdickt gegen die Hinterstränge fortzusetzen.

Der rechtsseitige Vorderstrang ist den beiden Vorderhörnern entsprechend durch eine Incisur in zwei Theile getheilt.

In der weissen Substanz selbst ist keine pathologische Veränderung zu sehen.

Wie bemerkt war auch diese Heteropie der grauen Substanz des Rückenmarkes im Nackensegmente zu sehen und zwar in der Cervicalanschwellung nur bis zur Höhe der 2. und 3. Wurzel. Die Incisur im Vorderstrange ist anfangs seicht, wird später tiefer, die beiden Hörner scharf von einander trennend; später verliert der Einschnitt an Tiefe, die Hörner nähern sich einander; die Incisur der weissen Substanz verschwindet zuletzt, die beiden Hörner confluiren und hiemit hat die Heterotopie aufgehört.

In den beschriebenen 4 Fällen war eine Dislocation, Heterotopie der grauen Rückenmarkssubstanz dargestellt. Und zwar in einem Falle mit Doppelbildung, in den anderen 3 Fällen hingegen war einfache Heterotopie vorhanden. Eine bemerkenswerthe Zufälligkeit ist es, dass diese Anomalien in allen 4 Fällen am Cervicalmark beobachtet wurden.

Den embryonalen Ursprung dieser Abnormitäten zu beweisen, ist wohl überflüssig.

Nach dem Beschriebenen kann mindestens als wahrscheinlich hingestellt werden, dass die Heterotopie der grauen Rückenmarkssubstanz durchaus keine Seltenheit ist. Es ist allerdings möglich, dass das Vorkommen von 4 Fällen innerhalb so kurzer Zeit nur dem Ungefähr zuzuschreiben ist, aber meiner Ansicht nach lässt sich eine solche Häufung der Fälle kaum durch den Zufall erklären. Ich kann mich nicht zu der Anschauung von der Seltenheit der Heteropien bekennen. Viel wahrscheinlicher liegt der Grund, wesshalb bisher so wenig Fälle publicirt waren, darin, dass das Rückenmark selten gründlich durchprüft wird, die Heterotopien aber für gewöhnlich nur von sehr geringem Umfange sind, demnach der Beobachtung leicht entgehen, oder aber auch darin, dass die Heterotopien für eine so alltägliche Erscheinung angesehen wurden, dass deren Publication kaum für nöthig erschien.

Wenn wir nur 100, gleichviel gesunder oder kranker Individuen, Rückenmarke untersuchen, so finden wir unter diesen unbedingt eine grosse Anzahl entschieden abnorm entwickelter Theile, von kleineren Unregelmässigkeiten nicht zu sprechen. Solche Fälle, wie sie Figur 8 veranschaulicht, wo das rechtsseitige Vorder- und Hinterhorn von dem linksseitigen deutlich verschieden ist, sind alltägliche Erscheinungen.

Pick und Kronthal betonen ganz besonders, dass Individuen mit solchen Anomalien des Rückenmarkes besonders zu Nervenleiden incliniren.

Wie wahrscheinlich und plausibel diese Behauptung auch erscheinen mag, können wir derselben heute doch noch nicht zustimmen.

Ich gebe diesbezüglich Jacobsohn Recht, dass auf so wenig Fällen kein endgiltiges Urtheil begründet werden könne.

Freilich war in den meisten bisher publicirten Fällen, ja sogar in meinen 4 Fällen ein vorbergegangenes Nervenleiden nachzuweisen, dies besagt aber noch nicht viel. Ich finde es fast natürlich, dass diese Abnormitäten bei Nervenkranken vorgefunden wurden, dass ein grosser Theil der Fälle von Irrenheilanstalten geliefert wurde, einfach aus dem Grunde,

weil sich gewöhnlich nur Diejenigen mit der Histologie des centralen Nervensystems befassen. die sich für die Erkrankungen des Rückenmarkes interessiren.

Und so versteht es sich von selbst, dass der Neuro-Histolog zumeist das Nervensystem von an Nervenkrankheiten verstorbenen Individuen durchprüft, demzufolge die Abnormitäten hier vorfindet. Zur Entscheidung dieser wären die Rückenmarke solcher Individuen zu untersuchen, die nie an Nervenkrankheiten gelitten hatten.

Erregen diese Heterotopien locale Symptome oder nicht? Dies scheint eine ziemlich interessante Frage zu sein. In sämmtlichen meiner Fälle kam die Heterotopie am Cervicalmark vor. In dreien dieser Fälle war absolut kein örtliches Symptom bemerkbar. Im vierten (II.) Falle waren jedoch gewisse Erscheinungen vorhanden. Es ist jedoch keineswegs meine Absicht, die Entwicklungsanomalie als Ursache dieser örtlichen Erscheinungen anzusehen. Es ist jedoch möglich, dass wir mit der Vervollkommnung unserer Diagnostik solche klinische Zeichen gewinnen, die einen Schluss auf das Vorhandensein von Heterotopien gestatten.

Dass die Heterotopien die Widerstandskraft des Nervensystems nicht in hohem Maasse schädigen, geht aus meinen Fällen hervor. In sämmtlichen meiner 4 Fälle nämlich erreichten die Individuen ein hohes Alter, ohne früher, in jüngerem Alter, auf ein Nervenleiden hinweisende Symptome gezeigt zu haben.

Zum Schluss sei bemerkt, dass die Objecte mit Heterotopien meistens schwer zu härten sind und es viel Mühe kostet, gute Präparate daraus herzustellen. In meinen 4 Fällen ging die Arbeit nur einmal leicht, während die übrigen Fälle grosse Schwierigkeiten boten.

II. Original-Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 13. Januar 1896.

72) Jolly: Ueber Myotonia acquisita. (Krankenvorstellung.)

Die sogenannten myotonischen Zustände sind bisher vorzugsweise als ererbte beobachtet, angehörend dem Symptomencomplex der Thomsen'schen Krankheit und auftretend entweder in den Kinderjahren oder in der Jugendzeit; gewöhnlich mehrere Fälle derselben Familie. Es sind schon in der früheren Litteratur einzelne, ziemlich rudimentär beschriebene Fälle von Myotonia acquisita bekannt. Sodann hat Palma (Utrecht) eine Anzahl Fälle veröffentlicht, in welchen sie durchweg in den späteren oder mittleren Lebensjahren auftrat, meist plötzlich oder subacut einsetzend, um dann ziemlich lange Zeit in gewissen Schwankungen, aber im wesentlichen unverändert fortzubestehen. In diesen Fällen war das ganze Bild der Myotonie entwickelt, d. h. nicht nur auf den Willensreiz reagirten die Muskeln mit ziemlich lang dauernder Contraction, sondern auch auf mechanischen und electrischen Reiz. Ferner hat Fürstner im vergangenen Jahre einen Fall beschrieben, der im Verhalten des Willensreizes analoge Erscheinungen

bot, abweichend darin, dass spontane Krämpfe eintraten und dass mechanische und electrische Abnormität der Erregbarkeit nicht constatirt werden konnten. Bei einer so geringen Anzahl bekannt gewordener Fälle dieser Art ist es gerechtfertigt, jeden weiteren Fall näher zu untersuchen und zu beschreiben.

Der Kranke ist ein 42jähriger Hausdiener, bisher wesentlich gesund. Lues scheint nicht in Betracht zu kommen von ätiologischen Momenten; in mässigem Grade Potus. Eine Schädlichkeit, welcher er vielfach ausgesetzt war, sind starke Erkältungen gewesen. Vor 2 Monaten kam er in die Poliklinik und klagte, dass er seit damals 6 Monaten ein Schwächerwerden seiner rechten Hand bemerkt habe. Dieselbe gehorchte namentlich beim Gebrauch einer Scheere nicht mehr, mit der er Verschnürungen zu lösen hatte. Weiter nahm auch die linke Hand in geringerem Grade Theil. Es zeigten sich bei der ersten Untersuchung und weiter in constanter Weise zweierlei wesentlich verschiedene Phänomene. Zunächst eine Atrophie des rechten Daumenballens, der ausserordentlich schlaff ist, und wobei der Opponens pollicis vollständig versagt. Electrisch bietet dieser überhaupt keine sichere Reaction vom Nerven aus dar. Im wesentlichen ist ausgesprochene Entartungsreaction vorhanden, während der linke Andeutungen derselben zeigt. Zweitens beobachtet man die characteristischen myotonischen Erscheinungen. Er vermag die energisch geschlossene Hand nicht sogleich zu öffnen, es bedarf einer messbar langen Zeit, bevor er die Finger wieder in die gerade Stellung bekommt. Der Tonus tritt hier auch sichtbar in den Flexoren der Finger auf. Etwas kürzere Zeit dauert dasselbe links. Wenn man die gleiche Bewegung öfter wiederholen lässt, so geht es allmählich immer besser, der Tonus wird immer geringer; auch eine characteristische Erscheinung, wie man sie bei der Thomsen'schen Krankheit kennt. Das gleiche Phänomen lässt sich noch in einigen anderen Muskeln nachweisen, z. B. bei der Abduction der Finger, dagegen nicht in den Extensoren. Die Streckung erfolgt jedoch mit geringer Kraft. Im Biceps ist eine Andeutung davon vorhanden, der Muskelbauch tritt lange Zeit als starker Wulst hervor. In ganz geringem Grade ist ähnliches an den Beinen zu constatiren. Pat. hat selbst angegeben, dass es ihm schwer würde, die ersten Schritte zu machen, wenn er längere Zeit gestanden habe. Auch hat er selbst darauf aufmerksam gemacht, dass er zuweilen nach längerem Schweigen eine Schwierigkeit der Zungenbewegung empfände. Die reflectorischen Erscheinungen sind normal, die Patellarreflexe beiderseits gut, sensible Störungen bestehen überhaupt nicht. Bei der mechanischen und electrischen Prüfung der myotonischen und der übrigen Muskeln hat sich herausgestellt, dass eine deutliche Nachdauer aller Contractionen bei den ersten Reizen stattfindet, die dann bei Wiederholung der Reizung verschwindet. Wenn man auf eine Seite der Zunge mit dem Hammer schlägt, dreht sie sich längere Zeit tonisch nach der betreffenden Seite hin. (Es werden eine Anzahl Zeichnungen von Muskelcurven demonstrirt, die theils bei mechanischer, theils bei electrischer Reizung von Herrn Dr. Lähr gewonnen sind.) Die faradischen und galvanischen Veränderungen sind auch in der ganz characteristischen Weise wie bei der Thomsen'schen Krankheit vorhanden. Wenn man zunächst faradisch eine tetanisirende Reizung vornimmt, contrahirt sich der Muskel; es zeigt sich aber eine

längere Nachdauer der Contraction nach Oeffnung des Stromes. Wieder gereizt, steigt die Curve an, die Nachdauer wird jedoch kürzer und allmählich sind die Verhältnisse des normalen Muskels vorhanden. – Galvanisch ergiebt sich ein verschiedener Grad: Erst rascher Anstieg der Curve, Zuckung, dann eine langsam anwachsende Erhebung, die mit Stromöffnung wieder langsam schwindet. Auch diese Erscheinung wird immer kürzer, je häufiger die Reizung erfolgt. Werden dagegen momentane Reize angewandt, so tritt nur eine kurze Zuckung ein ohne Nachdauer.

Weiter bemerkt J., dass die sogen. Erb'schen Wellen bei dem Kranken auch bei Stromstärken von 30 M. A. nicht hervorzurufen sind, eine Erscheinung, die bei Thomsen'scher Krankheit der gewöhnlichen Form zuweilen in sehr exquisiter Weise hervortrete, aber auch dieser angeborenen Form fehle. Abgesehen davon, ist alles vorhanden, was wir bei der myotonischen Reaction finden, und er möchte noch ein paar Worte über diese sagen, weil in jüngster Zeit Eulenburg eine Veröffentlichung gemacht hat, in der er zu, wie er glaube, unzutreffenden Angaben über dieselbe gekommen ist. E. hat bemerkt, dass die vielfach hervorgehobene Analogie dieser eigenthümlichen Muskelreaction mit derjenigen bei gewissen Vergiftungen, namentlich mit Veratrin, nicht passe. Im Gegentheil stehe sie der Entartungsreaction sehr nahe. Es handle sich in beiden Fällen um eine Erscheinung analog dem ermüdeten und absterbenden Muskel; die langsame Reaction sei das wesentlich Characteristische. Das ist nun nach beiden Richtungen entschieden nicht richtig. Zunächst hat E. darauf hingewiesen, dass die Latenzperiode eine kurze beim Veratrinmuskel, dagegen bei dem sich langsam contrahirenden myotonischen eine lange sei. Aber auch bei der myotonischen Reaction ist sie eine kurze. Es wurde zusammengeworfen das, was man im Laufe einer solchen Untersuchung eintreten sieht, die langsam dauernde Nachcontraction, und das, was im ersten Moment eintritt. Immer sieht man zunächst eine rasche Anfangszuckung ohne lange Latenzperiode (Bernhard, Erb, Jolly, Huët). Diese Erscheinung tritt in ganz gleicher Weise bei Veratrinvergiftung auf. Bezüglich dieser müsse er darauf bestehen, dass in der That eine ausserordentlich grosse Analogie vorhanden ist. Ueberdies zeigt sich auch bei ihr die Langsamkeit der Contraction nur zuerst, bei öfterer Reizung tritt ebenfalls ein vollständiger Ausgleich ein. Ganz unzutreffend sei der Vergleich mit dem Entartungsmuskel. Dieser hat in der That eine sehr lange Latenzzeit. Weiterhin zeigt er niemals eine Andeutung, dass die Langsamkeit verschwindet. So oft man ihn reizt, so oft erhält man eine grosse Latenz.

Dass es sich in dem vorgestellten Falle nicht um eigentliche Thomsensche Krankheit handle, sei klar. Es ist eine erworbene Myotonie. Weitere eigenthümliche Facta seien, dass, während zahlreiche Muskeln den myotonischen Zustand erkennen lassen, in einem bestimmten Muskel, dem rechten opponens poll., in mässigerem Grade im linken, ausgesprochene Degeneration und Entartungsreaction bestehe, ferner dass die Extensoren des Vorderarms deutliche Schwäche und eine quantitative Abnahme der electrischen Reaction aufwiesen. Eine derartige Combination sei bis jetzt nicht beobachtet und insofern sei der Fall ein Unicum. Welche Folgerungen wir daraus ziehen dürfen, das möchte er nur vorsichtig beantworten. Eine bestimmte Theorie

lasse sich darüber nicht aufstellen. Wegen der Atrophie halte er es für möglich, dass eine beginnende spinale Muskelatrophie, eine Poliomyelitis anterior vorliege. Selbstverständlich sei es auch möglich, dass wir es mit einer rein myopathischen Affection zu thun haben, wie im Allgemeinen die myotonischen Muskeln als direct erkrankt angesprochen zu werden pflegen.

Discussion.

G. Moeli fragt an, wie die zweispitzigen Curvengipfel zu Stande gekommen seien.

H. Jolly: Durch eine elastische Nachschwingung.

H. Remak meint, dass die Complication der Atrophie mit der Myotonie sich vielleicht durch eine einfache Ueberanstrengungsneuritis im Bereich des Medianus bei einem vorher myotonisch erkrankten Individuum erklären liesse.

H. Jolly: Er habe beide Möglichkeiten, des myelitischen und peripherischen Ursprungs offen gelassen. Anhaltspunkte für eine Neuritis lassen sich nicht nachweisen. Der Nerv sei sehr unsicher erregbar und Sensibilitätsstörungen fehlten.

73) **Oppenheim** und **Grabower**: Ueber einen Fall von Tabes dorsalis mit Kehlkopfsymptomen. (Mit microscopischen Präparaten.)

1. Grabower. (Autoreferat.)

Oppenheim und Grabower theilen eine Beobachtung von Tabes mit Lähmung des linken Stimmbandes mit. Neben sehr ausgesprochenen Symptomen der Tabes, sowie Störungen im Gebiete des Quintus und glossopharyngeus bestanden heftige Larynx- und Magenkrisen. Nach der Section ergab der microscopische Befund folgendes: Typische Degeneration der hinteren Stränge und Wurzeln, Degeneration des solitären Bündels und der aufsteigenden Trigeminuswurzel. Die Hypoglossuskerne, sensibeln und motorischen Vaguskerne (nuclei ambigui), sowie die intracerebralen Vaguswurzeln intact. Der linke n. recurrens degenerirt ebenso die beiderseitigen extracerebralen Vaguswurzeln, während die beiderseitigen extracerebralen Accessoriuswurzeln völlig unversehrt waren. Von Kehlkopfmuskeln waren beide postici und der linke internus entartet. Dieser Fall liefert, wie G. hervorhebt, einen positiven Beweis dafür, dass die motorische Innervation des Kehlkopfs allein durch den n. vagus besorgt wird und dass der n. accessorius hierbei völlig unbetheiligt ist, und bestätigt die von G. diesbezüglich auf experimentellem Wege festgestellten Thatsachen.

2. Oppenheim. (Autoreferat.)

Ich will die Ausführungen des Herrn Grabower nur in wenigen Punkten ergänzen. Ich habe den Patienten von 1884—1886 und dann wieder von 1887—1890 in der Nervenklinik der Charité, darauf im Siechenhause — dank der gütigen Erlaubniss von Herrn Dr. Moses — beobachten können und auch schon einmal Gelegenheit gehabt, ihn wegen interessanter Erscheinungen in der Gesellschaft der Charité-Aerzte (siehe Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 44) vorzustellen.

Herr Grabower hat über das wichtigste Ergebniss unserer Untersuchung — die Larynxlähmung und den entsprechenden anatomischen Befund — Mittheilung gemacht. Ich möchte dazu folgendes bemerken: Eine dem

Symptom der Stimmbandlähmung entsprechende Atrophie des sogenannten motorischen Vaguskernes habe ich bisher nur in Fällen von amyotrophischer Lateralsclerose constatiren können, ein Befund, der dann auch von Turner und Bulloch erhoben wurde. Wo ich indessen in der Lage war, in Fällen von Tabes dorsalis, die durch das Symptom der Kehlkopflähmung ausgezeichnet waren, eine anatomische Untersuchung auszuführen, habe ich diese Kerndegeneration vermisst, dagegen eine Atrophie der Nerven (Vagus, Laryngeus recurrens) der Wurzeln und mehrmals eine solche des Solitärbündels gefunden *). Will man dieses auffällige Ergebniss in Einklang bringen mit der von Herrn Grabower festgestellten Thatsache, dass der Vagus der motorische Kehlkopfnerv ist, sowie mit den Resultaten der von ihm in meinem Laboratorium ausgeführten anatomischen Untersuchungen bezüglich des nucleären Ursprungs des Vagus und Accessorius, so kann man zu verschiedenen Hypothesen, die zum Theil schon von Herrn G. erwähnt sind, seine Zuflucht nehmen. Man kann zunächst annehmen, dass der Nucleus ambiguus — der sogen. motorische Vaguskern — functionell erkrankt ist, ohne dass diese Erkrankung in anatomisch nachweisbaren Veränderungen ihren Ausdruck findet. Diese functionelle Schädigung würde nach dieser Vorstellung ausreichend sein, die Wurzel- und Nervendegeneration und die entsprechenden Lähmungssymptome hervorzurufen. Wir hätten dann also die Hypothese von der functionellen Erkrankung von Spinalganglien und der entsprechenden extracerebralen Hirnganglien bei Tabes auch auf die in Frage kommenden Nervenkerne zu übertragen. Gegen diese Annahme spricht schon der Umstand, dass man doch an anderen motorischen Nervenkernen, wie an denen der Augenmuskeln, gar nicht selten eine deutliche Entartung bei Tabes findet.

Eine zweite Hypothese würde von der Richtigkeit der Obersteiner-Redlich'schen Anschauung ausgehen, dass die Tabes einen meningealen Ursprung hat. Man würde dann annehmen müssen, dass sich diese Meningitis gelegentlich auch auf die hintere Schädelgrube, auf die basale Fläche der Medulla oblongata ausdehnt und hier die Veränderungen an den Wurzeln des Trigeminus, Vagus etc. hervorruft (die Degeneration der spinalen Trigeminuswurzel und des Solitärbündels würde dann als eine secundäre absteigende Degeneration zu betrachten sein). Gegen diese Annahme spricht schon der Umstand, dass von dieser Meningitis in der Regel nichts nachzuweisen ist. In dem heute besprochenen Falle war wohl eine leichte Verdickung der Meningen vorhanden; sie war aber viel zu geringfügig, um für die schweren Veränderungen im Nervenapparat verantwortlich gemacht werden zu können.

So bliebe denn nur die Erklärung übrig, dass das die Tabes dorsalis erzeugende Agens, das Virus, welches diese Krankheit hervorruft, in der Sphäre des Vagus nicht auf die Kerne, sondern auf die Wurzeln und Nerven wirkt, ähnlich wie das Blei die anatomischen Veränderungen am N. radialis und nicht an seinem nucleären Ursprungsgebiet erzeugt.

---

*) Das Gleiche habe ich in einem Falle von Lues cerebrospinalis feststellen können (Berl klin Wochenschr 1888 Nr 51.)

Indess muss ich bekennen, dass wir hier noch vor einer schwierigen, bislang nicht genügend aufzuklärenden Frage stehen.

Das eine ist aber durch unsern Fall erwiesen, dass der Kehlkopflähmung eine Erkrankung des N. vagus und seiner Wurzeln entspricht, während der N. accessorius nichts mit dieser Erscheinung zu thun hat.

Beiläufig will ich erwähnen, dass ich in einem anderen Falle von Tabes mit Vagussymptomen vor Kurzem das Ganglion jugulare untersucht habe, ohne jedoch an diesem etwas Abnormes entdeckt zu haben.

Eine weitere Erscheinung, die unserem Falle ein besonderes Interesse verlieh, waren die Pharynxkrisen, und zwar handelte es sich um die von mir beschriebene echte Form, nicht um den Spasmus pharyngis, der von Jean, Siré und Courmont angeführt wird. Das erste Zeichen war die Empfindung des Globus, die den Patienten sehr quälte. Erst später erfolgten die eigentlichen krampfhaften Schlingbewegungen, die auch durch einen zur Seite des Kehlkopfs ausgeübten Druck ausgelöst werden konnten. Ich will dabei erwähnen, dass der tabische Globus nicht so selten vorkommt bei den Tabikern, die an Störungen im Gebiet des Vagus leiden.

Besonders beachtenswerth waren ferner die Symptome von Seiten des N. trigeminus, derentwegen ich den Patienten 1889 in der Gesellschaft der Charité-Aerzte vorgestellt hatte. Es waren die bekannten Zeichen der Analgesie, des Zahnausfalls etc Ich konnte nun hier den Entwicklungsgang dieser Störungen von Stufe zu Stufe verfolgen: erst stellten sich Parästhesien und Schmerzen im Gebiet des Q. ein, dann folgte die Gefühlsstörung und erst nach Jahren kam es zum Zahnausfall. Die gesunden herausgefallenen Zähne konnte ich damals demonstriren und darauf aufmerksam machen, dass ihm nachher ein neuer Zahn nachgewachsen war.

Ferner wurde gezeigt, dass Pat. keine Vorstellung von der Sperrweite seiner Kiefer hatte und an einer Art von sehr lästigem Trismus litt. Später kam dann noch eine Störung im Bereich der Zungen-, Kiefer-, Schlund- (und Kehlkopf-?) Muskulatur hinzu, die wohl als Ataxie gedeutet werden musste, eine Ataxia glosso-laryngo-pharyngea. Die Zunge wurde nämlich beim Herausstrecken, falls er nicht diese Bewegung mit dem Spiegel controlirte, hin- und hergewälzt, zugespitzt, abgeflacht etc. Gleichzeitig kam es zu Schlingbewegungen und Stridor-Lauten. Umgekehrt führte auch der Schlingact zu derartigen Zungenbewegungen etc.

Den Erscheinungen im Quintusgebiet entsprach die doppelseitige, nach oben zunehmende Degeneration der spinalen Trigeminuswurzeln.

Zusatz: Für die geschilderten Coordinationsstörungen in der Zungen-Schlundmuskulatur lässt sich der Verdacht nicht ganz zurückweisen, dass die Kleinhirncyste hier eine Rolle gespielt hat; indess halte ich dies für höchst unwahrscheinlich, da ein ähnlicher Symptomencomplex bei Tabes schon einige Male, bei Kleinhirnaffectionen meines Wissens noch nicht beobachtet ist.

Schliesslich will ich noch anführen, dass zu den frühesten Symptomen hier die Ophthalmoplegie gehörte und dass als Grundlage derselben eine Degeneration der Augenmuskelnervenkerne constatirt wurde.

Discussion.

H. Remak: Er sei unter den von Herrn Grabower angeführten Autoren, welche für die Innervation des Kehlkopfes durch den Accessorius eingetreten seien. Er habe auf Grund der damals bestehenden Anschauungen Fälle von ein- und doppelseitiger Accessoriuslähmung mit Betheiligung des inneren Astes beschrieben, aber schon vor 2 Jahren bei einem Falle von multipler Hirnnervenlähmung die Untersuchungen von Herrn Grabower anerkannt und selbst den klinischen Nachweis geliefert, dass man auch auf Vagussymptome bei genauerer Prüfung kommen kann. Er habe gesagt, dass gar nichts dem entgegenstehe, dass gleichzeitig Vagus und Accessorius betroffen seien. Er habe hervorgehoben, dass die Schluckreflexe auf der betreffenden Seite fehlen (reflectorisches Vagussymptom). Die Untersuchungen des Herrn Grabower seien so überzeugend, dass man sich ihnen wohl von klinischer Seite unterwerfen müsse.

74) **Bielschowsky:** Ueber Morvan'sche Krankheit. (Krankenvorstellung.)

B. stellt eine 40jährige Frau aus der Mendel'schen Poliklinik vor, die hereditär neuropathisch nicht belastet ist und keinen Anhaltspunkt für Lues bietet. Bis vor 6 Jahren gesund, zeigten sich zuerst schmerzlose Schrunden an den Fingern der linken Hand, in den folgenden Jahren entwickelten sich ebensolche Geschwüre an derselben, die zu völligem Verlust und zu Verkrüppelung der Endphalangen führten. Später bildeten sich auch an der rechten Hand Schwielen an der volaren Fläche, Risse und Schrunden ohne Schmerzen. Seit 2 Jahren ist zunehmende Schwäche der Armmuskulatur und Hemmung der Beweglichkeit in beiden Schultergelenken bemerkt worden. Der rechte Arm kann nicht über einen Winkel von 30°, links von 40° gehoben werden, wobei die Scapulæ sich mitdrehen, deren Spitzen etwas vom Brustkorb abstehen. Es ist Kyphoscoliose der Brustwirbelsäule vorhanden. Es bestehen wesentlich dreierlei Störungen: Einmal in der motorischen Sphäre Atrophie, besonders der Muskulatur des Schultergürtels und der Daumenballen mit starker Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit, ferner in Bezug auf die Sensibilität partielle Empfindungslähmung der oberen Partien des Rumpfes und der oberen Extremitäten (Intactheit des Tastsinns bei Störung der Schmerz- und Temperaturempfindung) und endlich trophische Störungen an den Gelenken. In beiden Schultergelenken hört man Crepitation, das linke Handgelenk ist verdickt, die Haut über dem Dorsum der Hände glänzend, unbehaart, sehr dünn. Es handle sich also um Syringomyelie des Cervicalmarks, um jene Form, welche lange Zeit unter dem Namen der Morvan'schen Krankheit wegen des starken Hervortretens der trophischen Störungen gegangen sei. Seitdem haben Rot und Bernhardt (1891) den Nachweis erbracht, dass die Morvan'sche Krankheit nur als eine Ausdrucksweise der Syringomyelie zu betrachten sei. Differentialdiagnostisch bestehe nur eine Schwierigkeit gegenüber der Lepra mutilans. Dagegen spreche das Fehlen der ätiologischen Momente. Die Patientin habe nie in einer Gegend mit Lepra gelebt, nie eine Infection gehabt. Es fehlten Pigmentveränderungen an der Haut, Verdickungen an den Nervenstämmen und es seien die oberen Extremitäten ausschliesslich befallen.

Der Fall sei wegen des wohl entwickelten typischen Symptomencomplexes von Interesse.

Discussion.

Jolly: Kürzlich habe er einem Aufsatz von Prus Aufnahme in das Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (1895, 3. Heft) gewährt, ohne übrigens mit den Details einverstanden zu sein. Derselbe habe hervorgehoben, dass er sogar die Leprabacillen gefunden habe. Er frage an, ob in dem vorgestellten Fall Untersuchungen darüber angestellt sind.

Bielschowsky: Nein, aber er werde das noch nachholen.

M. Edel, Dalldorf.

III. Bibliographie.

XXI) **C. Lange**: Om periodiske Depressionstilstande og deres Patogenese. (Ueber periodische Depressionszustände und ihre Pathogenese.)

(Zweite Auflage. Mit einer Nachschrift. Kopenhagen 1895. 48 S. 8°.)

Im Nachtrage spricht der Verf. sein Bedauern aus über die scheinbar geringen Spuren, welche seine Abhandlung, deren erste Auflage vor 10 Jahren erschien, in der Litteratur hinterlassen hat. Dieser Umstand berechtigt vielleicht zu einem ausführlicheren Referat ihres Inhalts, obschon diese zweite Auflage eine unveränderte Wiedergabe der ersten ist. Nur fügt der Verf., wie angeführt, einen Nachtrag hinzu, in welchem er hervorhebt, dass die Erfahrungen, welche er seitdem gemacht hat (die von ihm behandelten Krankheitsfälle giebt er jetzt auf ca. 2000 an), ihn in seinen damaligen Anschauungen völlig befestigt haben, so dass er keine wesentlichen Aenderungen vorzunehmen hat. Auch die Einwendungen, welche gegen seine Ausführungen gemacht worden sind, haben ihn nicht veranlassen können, die Sache anders zu beurtheilen.

Unter dem Namen „periodische Depressionszustände“ schildert L. eine neue Krankheitsform, welche recht häufig sein muss und deren Bild in den verschiedenen Fällen sozusagen genau dasselbe ist. Die Krankheit tritt in getrennten Perioden von sehr verschiedener Dauer auf, aber die einzelnen Anfälle sind immer ganz gleich. Die eigenthümlichen Symptome der Anfälle sind ein Gefühl von Schmerz, Müdigkeit, Abgespanntheit, von gemüthlicher Erstarrung oder Versteinerung, Anstrengung bei und daher Unlust zu einer jeden Gedankenoperation, das Fehlen aller Energie und Initiative, des Lebensmuths und der Lebenslust: die Kranken haben grossen Drang zum Weinen, brechen oft in Thränen aus, fühlen sich sehr unglücklich, aber sie wissen — im Gegensatz zu den Melancholikern — immer, dass ihr Kummer ganz unmotivirt ist. Mitunter werden sie auch von Angstgefühlen ergriffen. Weniger ausgesprochen sind die somatischen Symptome, wie: eine geringe Abmagerung, Schweiss, unruhiger Schlaf, gestörte Digestion. Von der Melancholie unterscheidet sich die Krankheit durch das Fehlen aller Hallucinationen und Wahnvorstellungen, abgesehen von der Periodicität, welche bei der Melancholie jedenfalls immer eine Ausnahme ist. — Die Dauer der einzelnen Perioden ist ganz unregelmässig; vielleicht kann man sagen, dass die Depression im Allgemeinen 3—6 Monate dauert, die Zwischenzeit etwas länger. Innerhalb der einzelnen

Depressionsperioden wechselt das Befinden unaufhörlich in kleineren Schwingungen. In den freien Intervallen kann das Befinden, namentlich im Beginn der Krankheit, ausgezeichnet sein. Eine krankhafte Aufgeregtheit, Exaltation, auf Grund welcher die Krankheit in das Gebiet der circulären Psychose zu verweisen wäre, kommt nie vor. — Das erste Auftreten der Krankheit fällt gewöhnlich in den Zeitraum zwischen dem 25. und 35. Jahre, recht häufig aber noch früher, selbst ins Kindesalter, selten später als ins 50. Jahr.

Die Krankheit ergreift Menschen in allen Lebenslagen und von allen Bildungsgraden, und beide Geschlechter; eine erbliche Disposition scheint jedoch nothwendige Bedingung zu sein. Gelegenheitsursachen fehlen oft, können aber mitunter nachgewiesen werden in geistiger Ueberanstrengung oder Gemüthsbewegungen. Als die eigentliche Ursache der Krankheit betrachtet jedoch L. die harnsaure Diathese. Er hat nämlich die Beobachtung gemacht, dass die Kranken sowohl in den deprimirten wie in den freien Perioden durchgehends zum Quittiren eines stark sedimentösen Urins geneigt sind. Man könnte versucht sein, sich diese Wahrnehmung auf die Weise zu erklären, dass der Ueberschuss an Harnsäure in dem Urin eine secundäre Erscheinung sei, welche durch die nervösen Störungen verursacht würde. L meint jedoch, dass diese Auffassung unhaltbar ist, erstens, weil die vermehrte Urinsäureausscheidung auch in den freien Intervallen auftritt. Zweitens, weil die Erblichkeit sich sehr oft in der Weise zeigt, dass die Eltern nicht deprimirt gewesen sind, sondern an einer harnsauren Diathese gelitten haben. Diese wird also vererbt und muss als das primäre aufgefasst werden.

Die Behandlung muss wesentlich diätetisch and gegen die harnsaure Diathese gerichtet sein. Ausserdem darf man die Kranken nicht sich selbst überlassen, sondern muss sie auf verschiedene Weise zur Arbeit und Beschäftigung stimuliren. Eine vollständige Heilung der Krankheit wird man nur in den seltensten Fällen erreichen, doch wird es jedenfalls bei jüngeren Individuen und in nicht allzu ausgesprochenen Fällen gelingen, die Anfälle abzukürzen und seltener zu machen.

Im Nachtrage vertheidigt L. sich namentlich gegen den Vorwurf, nicht eine genügend grosse Menge quantitativer Harnsäurebestimmungen ausgeführt zu haben, um dadurch seine Hypothese zu beweisen. Abgesehen von den practischen Schwierigkeiten hierbei hebt er das nutzlose eines solchen Vornehmens hervor. Die harnsaure Diathese kann überhaupt nicht in dieser Weise nachgewiesen werden, sondern muss durch das Vorhandensein von arthritischen Gelenkaffectionen, Nierenconcrementen oder Harnsäure-Sediment klinisch diagnosticirt werden. Wo solche Symptome fehlen, wird man häufig finden, dass sich dieselben bei den Eltern der Kranken gezeigt haben. In Bezug auf die Behandlung warnt L. namentlich gegen Anwendung von Opium oder Bromkalium in diesen Fällen. Endlich spricht er sich hier sowie im Vortrage selbst in sehr starken Ausdrücken gegen die Anwendung der Bezeichnung „Neurasthenie“ als Diagnose functioneller Nervenleiden aus. Er meint, dass dieser Name und dessen Benutzung grossen Schaden

gethan hat, indem dadurch die Entwicklung der Pathologie der Neurosen in hohem Grade gehindert worden ist. *)

Koch (Kopenhagen).

XXII) **Alexander** (Aachen): Ueber Gefässveränderungen bei syphilitischen Augenerkrankungen.

(Berliner Klinik. Heft 90.)

Aus dieser den Neurologen und Psychiater interessirenden Arbeit ist hervorzuheben, dass Verf. trotz seines grossen Materials niemals die von Ostwald beschriebenen kleinen Gefässgummata gesehen hat, die ophthalmoscopisch als traubenförmige Anhängsel der Retinagefässe erkannt werden, obwohl er sich theoretisch dieser Annahme anschliesst. In wenigen Fällen fand er graue mit den Gefässen in Zusammenhang stehende Herde, welche die angeführte „Theorie" zu bestätigen scheinen, und hier handelte es sich stets um die seltene Form der centralen recidivirenden Retinutis, die sich an der Macula localisirt.

Die syphilitische Erkrankung der Sehnerven ist gewöhnlich eine Folge von meningealen oder cerebralen Gummata und tritt als Stauungspapille oder Neuritis descendenz in die Erscheinung. Es giebt aber auch Fälle von primärer gummöser Erkrankung des Sehnerven, die gar nicht so selten zu sein scheinen. Horstmann hat 8 Fälle veröffentlicht. Die gummöse Entzündung spielt sich innerhalb des Nerven selber ab; bei der perimetr. Untersuchung findet man concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, nie einen centralen Defecte; da nun die peripheren Netzhautpartien von denjenigen Nervenfasern innervirt werden, die zuerst die Macula ringförmig umgeben und dann an die mediale Seite der Papille treten, so ist es klar, dass auch jene von der Entzündung ergriffen sein müssen.

Erlenmeyer.

XXIII) **Robert F. Edes**: The New-England Invalid.

(The Shattuck Lecture 1895 Boston 1895.)

Der Verfasser beschäftigt sich in obigem, als „Shattuck Lecture" vor der Massachusetts Medical Society am 11. Juli 1895 gehaltenen Vortrage hauptsächlich mit der Aetiologie und Therapie der in den Neuenglandstaaten so verbreiteten chronischen nervösen Invalidität, welche nicht durch organische Krankheiten des Nervensystems bedingt ist (Neurasthenie, Hysterie, Melancholie, Hypochondrie, Misch-Neurosen). Auch der auf diesem

---

*) C. Lange: Et Par Ord om den periodiske Depression. Hospitalstidende 1895, S 1235.

In Veranlassung einer Anmeldung seines oben referirten Vortrages durch Prof. Pontoppidan (Hospitalstidende 1895, S 1204) fügt L. noch ein paar Bemerkungen hinzu, in Sonderheit über die Periodicität und die Erblichkeit der Nervenkrankheiten, welche, wie er meint, zum grossen Theile an die urinsaure Diathese geknüpft sind Namentlich was die erste betrifft, findet man sie hauptsächlich nur bei solchen Affectionen, welche auf Grundlage der urinsauren Diathese entstehen können. Diese sind — ausser den periodischen Depressionszuständen — die periodische Schlaflosigkeit, der period. Frigor morbidus, das periodische nervöse Asthma, der periodische Pruritus nervosus, die periodische Urticaria, das periodische angioneurotische Oedem, das periodische neurotische Eczem, gewisse periodische Cardialgien und die periodische Gesichtsneuralgie.

Gebiete Wohlbewanderte wird die geistvollen und auf reicher Erfahrung fussenden Ausführungen des Autors mit Interesse lesen. Hier seien nur die Bemerkungen über die Castration berührt.

Bei 27 Patientinnen des Adams-Asyls, an welchem E. Arzt ist, waren die Ovarien wegen nervöser Symptome entfernt worden. Die Organe waren in manchen dieser Fälle gesund oder nahezu so, in anderen indurirt und adhärent; von diesen genasen 3 oder 4, doch waren 1 oder 2 derselben von der natürlichen Menopause nicht mehr ferne. 3 oder 4 andere besserten sich nach Jahre langer Invalidität, so dass es zweifelhaft bleibt, inwieweit ihre Besserung durch die Operation gefördert wurde. Eine Patientin starb an Krankheiten, die mit der Operation nichts zu thun hatten, eine andere an Cocain, und eine erschoss sich 6 Monate nach einer „höchst erfolgreichen Operation". Eine weitere Patientin, selbst Aerztin, welche sich der Operation unterzogen hatte, verfiel allmählich in hoffnungslosen Irrsinn. Eine kräftige und ziemlich junge Frau, welche wegen Dysmenorrhœ und Hysterie sich operiren liess, starb nach einer Woche und zwar ohne eine Spur von septischer Infection, anscheinend lediglich an dem nervösen Shock. Der Verfasser folgert aus diesen Fällen gewiss mit Recht, dass die Aussichten auf Besserung durch Entfernung gesunder Ovarien für jüngere an nervösen Symptomen leidende weibliche Personen äusserst gering sind und die Operation auf jene Fälle beschränkt werden sollte, in welchen nichts Anderes eine Erleichterung verspricht und der Tod wünschenswerther als ein leidenvolles Leben erscheint. L. Löwenfeld.

XXIV) **Landerer**: Mechanotherapie. Ein Handbuch für Orthopädie, Gymnastik und Massage.

(Leipzig. C. W. Vogel. 1894)

Der erste Theil des Buches enthält eine anschauliche, durch gute Illustrationen unterstützte Darstellung der mechanischen Behandlungsmethoden: der Massage, Gymnastik und Orthopädie. Bei der Schilderung wird der Hauptwerth auf die Technik der Methoden gelegt, während die Theorie, dem practischen Zwecke des Buches entsprechend, nur kurz behandelt wird.

Aus dem zweiten speciellen Theil, welcher die Anwendung der mechanischen Behandlung bei den einzelnen Krankheiten schildert, sei als für den Neurologen besonders interessant das Kapitel über Neuralgien und periphere Lähmungen erwähnt (auffallender Weise unter den chirurgischen Leiden untergebracht!)

Bei Neuralgien wird tiefes Drücken und Streichen des Nervenstammes in centripetaler Richtung empfohlen, ferner ein kräftiges Klopfen der Schmerzpunkte oder die sogenannte „Erschütterung", d. h. es wird ein Finger fest auf den Nerven aufgesetzt und in zitternde Bewegung versetzt. Bei Ischias empfiehlt L. ausser den soeben erwähnten Methoden besonders die unblutige Dehnung des Nerven durch das sogenannte „Umkippen", welches darin besteht, dass das im Kniegelenk gestreckte Bein des in Rückenlage liegenden Patienten langsam nach seiner Schulter und sogar noch über dieselbe hinausgeführt wird. Auch active Rumpf- und Beinbewegungen sind bei Ischias zu empfehlen und zwar sind alle diejenigen

Bewegungen nützlich, welche eine Dehnung des Nerven bewirken, also gerade die, welche den Patienten Schmerzen verursachen. Natürlich ist Vorsicht bei diesen Uebungen geboten.

Bei den peripheren Lähmungen räth Verfasser in jedem Fall einen Versuch mit der Massage zu machen; er glaubt nach seinen Erfahrungen sagen zu können, dass die Massage die Regeneration der entarteten Muskeln beschleunigt, wenn das theoretisch auch nicht bewiesen ist.

Bemerkenswerth ist auch das Kapitel über die Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten; hier empfiehlt der Verf. ganz besonders bei hemiplegischen Lähmungen eine rechtzeitige Behandlung mit Massage und passiven Bewegungen. Diese Therapie dient vorzüglich zur Verhütung und Beseitigung von Contracturen, was Referent nach seinen Erfahrungen durchaus bestätigen kann.

Bei Tabes dorsalis erweist sich die Massage der Extremitäten als schmerzlinderndes Mittel, die Massage des Bauches wirkt günstig auf die gastrischen Krisen und die Blasengeschwulst. Von anderen Methoden empfiehlt Verf. die Dehnung des Ischiadicus (das „Umkippen“), sowie die Suspension (nur 3—20 Sekunden lang). Auch active Bewegungen, deren Nutzen neuerdings von Frenkel besonders hervorgehoben worden ist, werden erwähnt.

Bei functionellen Neurosen empfiehlt Verf. dringend die allgemeine Körpermassage (besonders auch Bauchmassage) als einen wichtigen Bestandtheil der Weir-Mitchell-Cur. Als ein besonderer Vorzug des speciellen Theiles, auf dessen übrige Kapitel natürlich nicht eingegangen werden kann, sei noch erwähnt, dass Verf. überall neben der Mechanotherapie auch die anderen Behandlungsmethoden der betreffenden Krankheit erwähnt, ihren Nutzen gegeneinander abwägt und so einer Einseitigkeit entgegenwirkt.

Es wäre sehr zu wünschen, dass das Buch von den Aerzten recht gründlich studirt würde; einmal wegen der wirklich sehr guten Erfolge, die in manchen Fällen mit einer sachgemässen mechanischen Therapie erzielt werden können und zweitens auch weil, wie der Verf. in seinem Vorwort mit Recht hervorhebt, der ärztliche Stand durch eine gründliche Kenntniss dieser Behandlungsmethoden am besten in seinem Kampf gegen die Kurpfuscher gefördert wird, deren Hauptdomäne neben der Hydrotherapie ja die mechanische Behandlung bildet. Mann (Breslau).

XXV) **E. Remak:** Grundriss der Electrodiagnostik und Electrotherapie für practische Aerzte.

(Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1895, Preis Mk 4.)

Das Buch, welches in erweiterter Form die Artikel „Electrodiagnostik“ und Electrotherapie aus der Real-Encyklopädie wiedergiebt, dient in gleicher Weise den Interessen des speciellen Fachmanns wie des practischen Arztes und ist den besten der schon vorhandenen electromedicinischen Lehrbücher an die Seite zu stellen.

Für den Fachmann hat es vor Allem den Vorzug der ausserordentlich gründlichen Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur (das Litteraturverzeichniss für den diagnostischen Theil enthält 522, das für den thera-

peutischen 466 Nummern!), wodurch es ein höchst willkommenes Hilfsmittel für die Bearbeitung specieller Fragen darstellt.

Trotz dieser gründlichen Besprechung aller einzelnen Beobachtungen und divergirenden Anschauungen der verschiedenen Autoren hat es der Verf. zu Wege gebracht, den Ton einer trockenen Aufzählung zu vermeiden und seiner Darstellung eine glatte und fesselnde Form zu geben, so dass es auch für den, der nur eine allgemeine Orientirung sucht und kein Interesse an den einzelnen Quellennachweisen hat, eine leicht verständliche und anziehende Lectüre bildet.

Dies ist um so anerkennenswerther, als der ganze Stoff auf den relativ knappen Raum von 189 Seiten zusammengedrängt ist!

Von dem Inhalte des Buches interessirt am meisten der therapeutische Theil, weil ja der Verfasser in der Frage bezüglich der Wirksamkeit der Electrotherapie bekanntlich einen entschieden positiven Standpunkt einnimmt und in dieser Anschauung durch ein ausserordentlich grosses Erfahrungsmaterial unterstützt wird. Trotz der erheblichen Hervorkehrung dieses positiven Standpunktes übt der Verf. doch scharfe Kritik an den von ihm und Anderen beobachteten Erfolgen und verkennt auch nirgends, dass viele von den mit Erfolg angewendeten electrotherapeutischen Methoden auf reiner Empirie beruhen und der wissenschaftlichen Begründung noch durchaus entbehren.

Gerade der Standpunkt des Verfassers, welchen er selbst als den eines „abwägenden Skeptikers“ bezeichnet, macht das Buch für alle Aerzte, welche sich der mühevollen Behandlung von Nervenkranken unterziehen wollen, ausserordentlich geeignet. Es ist dazu angethan, zur gründlichen Vertiefung in die electrotherapeutischen Methoden anzuregen und zu einer exacten Anwendung derselben zu ermuthigen, ohne jedoch einen übertriebenen Enthusiasmus zu erwecken. Mann (Breslau).

XXVI) **Fritz Pf. Strassmann**: Lehrbuch der gerichtlichen Medicin. (1895. Enke. 674 S.)

„Wir nehmen für dieses ganze Kapitel“ — III. Zweifelhafte Geisteszustände, 91 S. — „auf das klassische Werk v. Krafft-Ebing: Gerichtliche Psychopathologie Bezug“, bemerkt Verfasser. Wenn daher das grosse Material Berlin's ihm eine Bereicherung der Casuistik erlaubt, so wird de lege ferenda hier nichts Erhebliches zu erwarten sein. Ref. begnügt sich, Einzelnes hervorzuheben, was nicht im Einklang damit erscheint, „dass (S. 584) es in unserem Jahrhundert nicht mehr zweifelhaft ist, dass die Beurtheilung des Geisteszustandes eines Menschen dem Mediciner gebührt“. Machen sich in der That „die fast als normal (? Ref.) zu bezeichnenden Abnormitäten dieses Entwicklungsstadiums“ — der sogen. Flegeljahre — „mitunter in so intensiver Weise geltend, dass sie zu Handlungen führen, die das Gesetz bestraft?“ Ein rein ärztlicher Standpunkt ist es auch nicht, wenn Verf. zum § 51 bemerkt (S. 588), dass „eine consequente Durchführung des Zweckmässigkeitsprincips bei der Behandlung der Gesetzesübertreter . . . die an einzelnen Punkten unüberwindbaren Schwierigkeiten bei der gegenwärtigen Auffassung von G., Willensfreiheit, Zurechnungsfähigkeit beseitigen werde“; dass „der Sachverständige nicht bloss das

Vorhandensein von G., sondern auch die Frage nach Ausschluss der freien Willensbestimmung zu erörtern hat", dass er verminderte Zurechnungsfähigkeit in das Strafgesetzbuch aufgenommen wünscht. Bz. der „eigentlich Verrückten, bei denen ein bestimmtes umgrenztes Wahnsystem besteht neben einem erheblichen Rest von gesunden Denkens" meint Verf.: „Wir werden bei vorhandener wirklicher G. die Zurechnungsfähigkeit stets als ausgeschlossen erachten". Darum handelt es sich ja eben gerade, ob Vorhandensein einer oder mehrerer fixen Ideen in foro als G. zu erachten ist. Einer der berühmtesten Lehrer des C. R.*) nimmt z. B. an, dass Testamente solcher partiell Verrückter in den Theilen, die keinen Bezug auf die fixen Ideen haben, Giltigkeit beanspruchen können. Simulation von G. soll „meist leicht zu entdecken sein". Dass „für die Beobachtung Angeklagter in einer Irrenanstalt 6 Wochen manchmal etwas kurz erscheinen mögen," spricht nicht dafür, dass Verf. die Schwere der betreffenden Massregel hinreichend gewürdigt hat. Die Behauptung, einfache, acute G. spiele in foro eine viel geringere Rolle, als man nach der Litteratur annehmen solle, und es seien die älteren Beobachtungen darüber zweifelhaft (? R.), ferner, dass „von allen zweifelhaften G. den Alcoholisten mit der Einsperrung in eine Strafanstalt das wenigste Unrecht geschieht", wird nicht wenigen Lesern befremdlich erscheinen. Mehr aber noch Verfassers Angaben über Lombroso (S 631): „Seine Eintheilung in verschiedene Verbrecherklassen, entsprechend den verschiedenen Delicten, ist jedenfalls sehr oberflächlich, da bei der Wahl der betreffenden Verbrechen besondere zufällige Momente mitwirken. Die überwiegende Mehrzahl der neuen criminal-anthropologischen Schule, ausser den engeren Anhängern L.'s., ist darüber einig, dass . . . nicht nur die organische Anlage des Thäters, auf die L. allein Bezug nimmt (! Ref.), sondern auch pp. mitwirken etc." Juristen wird der Rath des Verf. befremdend erscheinen: I. a. wird man recht daran thun, für die von Epileptikern kurz vor dem Anfall begangenen, auf Reizbarkeit zurückzuführenden Handlungen, selbst wenn man eine eigentliche Bewusstseinsstörung nicht nachweisen kann, die Zurechnungsfähigkeit als auf ein Minimum herabgesetzt zu erklären." Mehr aber noch der Rath bez. Abstand von einem Explorationstermin wegen zu besorgenden Schadens etc. für den G.: „Im Allgemeinen wird der Sachverständige gut thun, um nachträglichen auf diesem Gebiete so häufigen Anfeindungen zu entgehen, möglichst für Abhaltung des Termins sich auszusprechen." Die Sorge für das Wohl der Kranken ist wohl doch in höherem Grade zu berücksichtigen, als der mögliche Klatsch. Für Anstaltsärzte besonders interessant und sehr werth, weiter verfolgt zu werden, ist die Mittheilung des Verf. (S. 661), dass sich das Polizeipräsidium zu Berlin für berechtigt hält, auch nach negativem Ausfall des Entmündigungs-Verf. einen G. in einer Anstalt zurückzuhalten, bis seitens der Aerzte die nicht mehr vorhandene Gemeingefährlichkeit bescheinigt wird. Ebenso sei erwähnt, dass bei Entmündigungen im Gegensatz zum Amtsgericht das Berliner Landgericht auf Beschwerde des Staatsanwaltes jedesmal die Vorführung der Provocaten verfügt. Dass ein G. erst als blödsinnig und nachträglich, im Scheidungsverfahren, als wahnsinnig ent-

*) Dernburg: System des Privatrechts 1896, III. Th.)

mündigt wird, ist nach Verf. nicht möglich, von dem Referenten aber einmal beobachtet worden. Im Ganzen genommen beweist das besprochene Kapitel, dass der Richter in dem in Irren- und Gefängnissanstalten ausgebildeten Psychiater, mindestens sehr oft, einen werthvolleren Sachverständigen finden wird, als in dem Medicinalbeamten.

H. Kornfeld (Grottkau).

XXVII) **Benedikt**: Ein Ehebruchsdrama in hypnotischer Beleuchtung. Offener Brief an Herrn Professor W. Preyer.

(Separatabdruck aus der „Wiener medicinischen Wocchenschrift" Nr. 20, 1895)

Der Hergang des von Preyer in seiner Schrift „Ein Fall von Fascination" geschilderten Familiendramas ist bekannt.

Ellida verlässt ihren Mann und folgt dessen Jugendfreunde Pander bis nach Madagaskar, lediglich auf seine Versicherung hin, dass er andernfalls sich und Anderen ein Leid anthun werde. Unterstützt wird diese Verbalsuggestion durch eine Reihe effectvoller Posen und Auftritte, unter welchen die „Fascination" durch Blick die Hauptrolle spielt. Benedikt nimmt an, dass es sich hierbei weder von ihrer noch von seiner Seite um eine wirkliche Neigung handle. Diese Frage ist, was Ellida anlangt, vollkommen belanglos, denn das absolute Beherrschtwerden ihrerseits durch Pander ist das für ihre Natur geltende Aequivalent der Verliebtheit. Zur ausgesprochenen Liebe mangelt ihr die Individualität: gehört sie doch zu jenen Wesen, welche mit Nothwendigkeit das Gepräge derjenigen aus ihrer Umgebung annehmen, welche — ceteris paribus — am meisten das Bedürfniss fühlen, ihre Persönlichkeit geltend zu machen Kritik der Aussenwelt, soweit es sich nicht um die elementarsten Erscheinungen handelt, pflegt hier niemals geübt zu werden. Wie schwer es oft hält, dieselbe überhaupt wachzurufen, davon bietet gerade der in Rede stehende Fall eine ausgesuchte Probe. Solche Frauen sind durchaus keine Seltenheiten im Leben. Sie sind oft sehr schwer zu beurtheilen. So kann gelegentlich das träge Verharren in den einmal, von den für sie massgebenden Personen ihres Milieus, in ihnen inducirten Innervationsrichtungen als besondere Energie, als Heroismus imponiren.

Genau den gleichen Typ bietet Pander's Frau, Marianne, von welcher Benedikt meint, sie hätte den Verkehr ihres Mannes mit Ellida deswegen begünstigt, weil dieser besonders „anregend" auf Pander eingewirkt habe. Man könnte sogar auf den Gedanken kommen, dass Pander sich zum Theil gerade deswegen wieder für Ellida erwärmt habe, weil er für den gedachten Frauenschlag überhaupt eine Vorliebe habe.

Ueber Pander's Persönlichkeit äussert sich Benedikt, dass sie „Entsetzen einflösst". Die Naturwissenschaft hat sich nicht zu entsetzen, sondern die Erscheinungen aus ihren Ursachen herzuleiten. Dazu findet sich in der Characteristik Pander's in Benedikt's Arbeit kein Versuch. Hier verfährt Preyer wissenschaftlicher: er sucht Ellida's Verhalten zu erklären und zwar mit Hilfe der Fascinationsgeschichte.

Es ist nicht anzunehmen, wie Benedikt will, dass bei Pander's Verkehr mit Ellida die Befriedigung seiner „Eitelkeit und Ränkesucht" die einzige Rolle gespielt und ihn kein weiteres Interesse an diese Frau geknüpft

habe. Auch muss hier berücksichtigt werden, dass er sich offenbar selbst für etwas sehr ungewöhnliches und bedeutendes hält. Ein Theil der Actionscomponenten dieses Pseudogenies besteht deshalb in denselben individualpsychologischen Ursachen, wie die auch beim echten Genie bekanntlich keineswegs seltene Neigung zur Arrogirung sehr weit gehender Rechte. Dass Pander's Handlungsweise, moralisch betrachtet, höchst verabscheuungswürdig ist, darüber ist selbstverständlich hier kein weiteres Wort zu verlieren. Diese Seite der Affäre gehört aber in der von Benedikt beliebten Weise in den Beichtstuhl oder vor den Strafrichter, gegen dessen rationelle Massnahmen natürlich kein verständiger Mensch etwas einzuwenden haben wird.

Was nun die Fascination anlagt, so erklärt Benedikt diesen von Preyer in hypnotischem Sinne gedeuteten Act sehr richtig und treffend als einfache „Gafferposse". Es wäre in der That auch kein hervorragender Gewinn für unsere specielle Psychologie, wenn man sich gewöhnte, etwa jede Attitüde, mit welcher sich unter Umständen ein psychosexueller Effect erzielen lässt, mit einem besonderen Substantivum zu bezeichnen.

Die Einleitung zu der kleinen Abhandlung ist für eine wissenschaftliche Erörterung verhältnissmässig sehr schwungvoll.

Jentsch.

IV. Referate und Kritiken.

A. Anatomie und Physiologie.

1. Anatomie.

75) Prof. Dr. **Waldeyer:** Ueber die menschenähnlichen Affen.

(Corresp.-Bl. d. deut. Ges f. Anthropologie etc. 1895, Bd. XXVI, Nr. 10.)

Verf. berührt in diesem seinem Vortrage, den er auf der 26. Versammlung deutscher Anthropologen in Kassel hielt, auch die Gehirnbeschaffenheit der Anthropoiden. Seine zahlreichen darauf bezüglichen Untersuchungen überzeugten ihn, dass das Gehirn des Schimpanse, namentlich in seinen Windungsverhältnissen, dem des Menschen zwar am nächsten stehe, immerhin aber noch genügend Unterschiede darbiete; am weitesten entferne sich vom Menschenhirn das des Gibbon. Aehnlich liegen die Verhältnisse für das Rückenmark. Die Vertheilung der grauen und weissen Substanz im Querschnittsbilde zeigt beim Schimpansen eine recht grosse Aehnlichkeit mit der in der Querschnittsfigur des menschlichen Rückenmarks, entfernt sich dagegen etwas beim Gorilla, Gibbon und Orang, so dass man an einem Querschnitt sofort erkennen könne, welchem dieser Thiere das betreffende Rückenmark angehört.

Buschan.

76) **E. de Massary:** Sur quelques modifications de structure constante des racines spinales.

(Revue neurologique Nr. 24. 1895.)

Brissaud hat schon darauf hingewiesen, dass die Stelle, wo die spinalen Wurzeln sich von den Meningen lösen, einen locus minoris resistentiae bildet, an welchem unvermittelt die Umhüllungs- und Circulationsverhältnisse

der Wurzelstämme eine Aenderung erfahren. Diese Stelle hat M. an Serienschnitten der dorsalen, lumbaren und sacralen Wurzeln von Individuen, die an verschiedenen Krankheiten gestorben waren, studirt. Hierbei fanden sich constant gewisse, nur in ihrem Grade variirende Modificationen der Structur, welche auf früher oder noch zuletzt vorhandene Infectionen zurückzuführen sind.

„Jedes der grösseren Bündel, welche gegen die Vereinigungsöffnung convergiren, um die Wurzel zu bilden, ist von Pialamellen begleitet; nahe der Oeffnung legen sich die Bündel aneinander, stülpen die Arachnoidea visceralis hervor, dann auch die Dura; eine kurze Strecke bleiben diese Scheiden gesondert, aber alsbald verschmelzen sie und die Wurzel ist alsdann bis zum Ganglion von einem fibrösen Infundibulum umgeben. Von der inneren Fläche dieses gehen zahlreiche fibröse Züge ab, welche die Wurzel in Bündel auftheilen.“ In die intrafasciculären Züge dringen zahlreiche Gefässe von den fibrösen Wandungen her ein. Die Structur der spinalen Wurzeln zeigt also zwei wichtige Eigenthümlichkeiten: 1. fibröse Züge, welche die Nervenfasern einschnüren und trennen, 2. directe Umhüllung durch eine Serosa. Diese beiden Umstände bedingen, dass Infectionen oder Gefässalterationen constante Veränderungen in den Wurzeln nach sich ziehen. Durch die Infectionen werden Zellwucherungen angeregt. Bei einem 15jährigen Jungen, welcher an Typhus mit Perforationsperitonitis zu Grunde gegangen war, fanden sich Wucherungen embryonalen Gewebes, welche von der Innenfläche der fibrösen Scheide ausgingen und die Hinterwurzel in mehrere Bündel trennten. Herde solchen Gewebes waren auch da und dort in dem Bindegewebe eingestreut.

Aehnliche Veränderungen, aber in einem vorgeschritteneren Stadium wurden bei einer 47jährigen, an Tuberculose zu Grunde gegangenen Frau constatirt. Diese Läsienen hatten in beiden Fällen die Vitalität der motorischen und sensitiven Neurone in keiner Weise beeinträchtigt.

Die geschilderten Veränderungen sind identisch mit der von Nageotte als unmittelbare Ursache der Tabes beschriebenen; die Auffassung dieses Beobachters wird natürlich durch die Befunde Massary's hinfällig.

L. Löwenfeld.

---

77) **Arnold Pick:** Untersuchungen über die topographischen Beziehungen zwischen Retina, Opticus und gekreuztem Tractus opticus beim Kaninchen. Nova Acta der Ksl. Leop. Carol. Deutschen Academie der Naturforscher, Bd. LXVI, Nr. 1. Halle 1895
(Für die Akademie in Commission bei Wilh. Engelmann in Leipzig.)

Pick ging von folgenden Vorstellungen aus: Ist es richtig, dass die dem Sehact dienstbaren Fasern des Opticus als eine Fortsetzung nervöser zelliger Elemente der Retina anzusehen sind, dann muss es ermöglicht werden, ohne Zerstörung des Bulbus einzelne Theile der Retina bezüglich der Function ihrer centripetal leitenden Fasern auszuschalten und durch die Atrophie der so zur Degeneration gebrachten Opticusfasern die Kenntnisse von den topographischen Beziehungen zwischen Retinahalbkugeln und Querschnitt des Opticus resp. Tractus zu entscheidendem Abschlusse zu bringen. P. bediente sich zur Feststellung der Resultate seiner Experimente der Marchi'schen Methode. (Wie Pick selbst zugiebt, muss man bei

der Beurtheilung der Resultate dieser Methode sehr mit Vorsicht und Reserve zu Werke gehen. In der hiesigen Klinik ist diese Methode auch vielfach zur Anwendung gelangt und hat sich gezeigt, dass auch bei ganz normalen Sehnerven etc. schwarze Schollen oft in ziemlicher Menge beobachtet werden, besonders ist dies der Fall an Stellen, die, wenn auch nur geringfügigen mechanischen Insulten ausgesetzt waren. Ref.)

Zur functionellen und trophischen Ausschaltung verschiedener Partien der Netzhaut bediente sich P. sowohl der Blendung durch Sonnenlicht, als auch eines durch die Sclera hindurchgestochenen Häckchens, besonders aber der galvanocaustischen Nadel, mit welch' letzterer Methode die besten Resultate erzielt wurden. Ueber ungekreuzte Fasern konnte P. bei seinen Versuchen keine Erfahrungen sammeln; er glaubt, dass dies darin seinen Grund hat, dass beim Kaninchen der ungekreuzte Retinaantheil ein sehr geringfügiger ist.

Pick kam zu folgenden Resultaten: Die Fasern behalten während des ganzen Verlaufes sowohl im Opticus wie im Tractus ihre relative Lage bei; die Kreuzung im Chiasma erfolgt in regelmässiger Reihenfolge, zuerst die innersten Bündel des Opticus und successive die weiter nach aussen liegenden; bestimmten Abschnitten im Opticusquerschnitt entsprechen ebenso bestimmte im Tractus der anderen Seite. Dem untersten Abschnitte des Opticus entspricht ein ebenfalls unten gelegener Abschnitt im Tractus, der inneren Partie des Opticus die äussere des Tractus, die äussere Partie des Opticus der inneren des Tractus. Als wahrscheinlich ist zu bezeichnen, dass der oberen Partie des Opticus auch eine obere Partie im Tractus entspricht. Im Chiasma erfolgt nur eine Kreuzung der Fasern in querer Richtung und nicht auch etwa eine Umlagerung derselben in verticaler Richtung.

Das topographische Verhältniss zwischen Retina und Opticus kann, als beiläufig festgestellt, so präcisirt werden: Den verschiedenen Abschnitten der Retina entsprechen im Allgemeinen die gleich gelegenen Abschnitte im Opticusquerschnitte; entsprechend den vorangeführten Thatsachen gestaltet sich in gleicher Weise das Verhältniss zwischen Retina und Tractus der contralateralen Seite.

Die Versuche wurden fast ausschliesslich an Kaninchen angestellt; eine kleine Anzahl von Versuchen nur an Katzen, Mäusen, Hunden und Tauben. Die Zahl beläuft sich auf mehr als 200. — Dem Texte sind 12 Tafeln beigegeben.

Bach.

78) **Paul Flechsig**: Weitere Mittheilungen über die Sinnes- und Associationscentren des menschlichen Gehirns.

(Neurol. Centralbl 1895, Nr. 23)

F. bezeichnet bekanntlich alle Theile der Rinde, welche mit einem Stabkranz versehen sind, als Sinnescentren. Im Stabkranz unterscheidet er nun Hauptleitungen, d. h. Leitungen, welche von Stammfasern, directen Fortsetzungen der Axencylinderfortsätze, gebildet werden, im Allgemeinen radiär verlaufen und bei Neugeborenen bereits in den ersten Lebenswochen markhaltig sind, im Gegensatz zu den Nebenleitungen oder Collateralen, welche als Nebenäste von den Stammfasern abgehen, im Allgemeinen senkrecht zu denselben verlaufen und erst gegen Ende des ersten Lebensmonats

markhaltig zu werden beginnen. Demgemäss sind an den Sinnescentren auch zu unterscheiden Endausbreitungen der Stammfasern und Endausbreitungen der Collateralen, welche beide keineswegs zusammenfallen. Jedoch sind auch die Collateralgebiete jeder Sinnesleitung umschrieben und beschränken sich auf Nachbargebiete der Stammfaserzone (bei der Sehsphäre z. B. bilden letztere die centrale, erstere die periphere Zone).

Die Stammfasern treten kaum zu einem Drittel der Grosshirnrinde in Beziehung, welches durch 4 durchaus von einander (durch „Associationscentren") getrennte Gebiete gebildet wird: die Tastsphäre (die sich zum grossen Theil mit der motorischen Zone der Autoren denkt), die Sehsphäre, die Hörsphäre und die Riechsphäre. Die genauere Ausbreitung und Begrenzung dieser 4 ihrer Grösse nach geordneten Sinnessphären, sowie der 3 sich vielfach berührenden Associationscentren (parietales, temporales und frontales) muss als zu detaillirt im Original nachgelesen werden.

F. hält es für möglich, dass auch die Associationscentren mit Sinnesleitungen in Verbindung stehen, aber nur durch Vermittlung von Collateralen.

Die Associationssysteme werden zu sehr verschiedener Zeit markhaltig. Die Mehrzahl derselben verbindet einestheils verschiedene Abschnitte einer und derselben Sinnessphäre und die Sinnessphären mit den benachbarten Associationscentren, anderntheils verschiedene Regionen der letzteren.

Hoppe.

---

2. Physiologie.

79) **Grabower** (Berlin): Ueber die in der Medulla oblongata gelegenen Centren für die Innervation der Kehlkopfmuskeln. — Vortrag in der laryngol. Gesellschaft.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 51.)

In Verfolg der experimentellen Feststellung, dass der N. accessorius mit der motorischen Innervation des Kehlkopfs nichts zu thun hat und dass diese allein durch den Vagus besorgt wird, hat G., um dem Einwurf zu begegnen, dass beide Nerven eine gemeinsame Kernanlage am Boden des 4. Ventrikels besässen, die betreffenden Nervenkerne in Schnittserien vom 4. Halsnerven bis zum Pons einer genaueren Untersuchung unterzogen. Danach tritt der Accessoriuskern bereits im Rückenmark in der Gegend zwischen 3. und 2. Cervicalnerven in der Mitte des Vorderhorns auf und rückt weiter nach oben in den dorsalen und lateralen Theil desselben, bis er etwa in der Mitte der Pyramidenkreuzung aufhört, wo die Zellgruppen des Hypoglossuskernes an seine Stelle treten. Der Accessorius ist demnach ein rein spinaler Nerv und ein cerebraler Accessorius existirt nicht. G. hat überdies auch an den Accessoriuswurzeln Ganglien gefunden, so dass derselbe nach Art der spinalen Nerven zu den gemischten Nerven zu gehören scheint.

Der motorische Vaguskern beginnt erst in einer Höhe, wo Olive und die Olivennebenkerne bereits vollständig entwickelt sind, so dass jeder Zusammenhang mit dem Accessoriuskern als ausgeschlossen betrachtet werden muss. Er nimmt nach oben an Grösse zu und erreicht seinen grössten Umfang da, wo der dreieckige Acusticuskern den Hypoglossuskern zu verdrängen beginnt. Seine Fortsetzung nach oben ist der Facialiskern. Zwischen motorischem und sensiblem Vaguskern ist durch markhaltige

Nervenfasern, die von ersterem in dorsolateraler Richtung zur austretenden Vaguswurzel gehen, eine constante Verbindung hergestellt. — G. hält es für wahrscheinlich, dass der motorische Vaguskern das letzte Centrum für die Innervation des Kehlkopfs enthält. Hoppe.

---

80) **Biedl:** Ueber die Centra der Splanchnici.
(Wiener klin Wochenschr. 1895, 52.)

Die durch das Experiment gewonnene Kenntniss vom Sitz der Centren les Splanchnicus versucht Verf. anatomisch nachzuweisen. Nachdem er durch Vorversuche gezeigt, dass die Annahme einer vollen Analogie der Gefässnerven mit den willkürlichen motorischen Nerven auch hinsichtlich ihrer Degenerationsverhältnisse besteht, durchschnitt er den linken Splanchnicus unmittelbar unterhalb des Zwerchfells, excidirte ein 1 cm langes Stück und tödtete die Thiere nach 14—18 Tagen. Er stellte nun mit Hilfe der Methoden von Nissl und Marchi fest, dass das ganze Centrum in der Längsachse des Rückenmarks vom 6. Hals- bis zum 5. Brustnerven ausgedehnt ist; dass die das Centrum bildenden Ganglienzellen im Halsmark in den Seitenhörnern, im Brustmark in den lateralen Abschnitten der Vorderhörner liegen, und dass diese Zellen sich in keiner Weise von den übrigen motorischen Vorderhornzellen unterscheiden. Verf. schliesst daraus, dass der Splanchnicus mit den cerebro-spinalen motorischen Nerven, abgesehen vom Merkmale der Willkür, völlig gleichwerthig ist.

Lehmann (Werneck).

---

81) **A. Hoche** (Strassburg): Zur Frage der electrischen Erregbarkeit des menschlichen Rückenmarks. — Vortrag auf der 20. Jahresversammlung südwestdeutscher Neurologen und Nervenärzte.
(Neurol. Centralbl 1895, Nr 17.)

H. hat an der Leiche eines frisch Enthaupteten folgende interessante Beobachtungen gemacht:

Im Momente der Durchschneidung des Halses machte der Rumpf eine kurze schnellende Bewegung und verfiel gegen Ende der Verblutung in rasch vorübergehende stossende Krämpfe.

3 Minuten post mortem begannen die Experimente (die Muskulatur des Gesichts war übrigens ruhig, die Extremitäten schlaff, der Rumpf mit klebrigem Schweisse bedeckt) mit dem faradischen Strom an dem in der Höhe des 4. Halswirbels glatt durchtrennten Rückenmark. Bei Berührung der beiden Pole mit dem Querschnitt hob der Leichnam beide Arme mit gebeugten Gelenken in die Höhe, während beide Beine in Strecktonus geriethen und der Brustkorb sich inspiratorisch hob. Bei Wiederholung des Versuchs 12 Minuten post mortem blieben Arme, Beine und Thorax regungslos, es liessen sich nur noch einige Minuten lang die durchschnittenen Muskeln des Halsstummels zur Contraction bringen.

Von Haut bedeckte peripherische Nerven waren noch $^5/_4$ Stunden erregbar, frei präparirte Stämme jedoch nur kurze Zeit.

Die Untersuchung des Erb'schen Punktes und Reizversuche an der Pupille ergaben keine sicheren Resultate.

Jedenfalls lehren diese Resultate, dass Reizversuche, welche erst, wie gewöhnlich, 20 Minuten nach der Enthauptung beginnen, von vornherein aussichtslos sind.

Der motorische Effect auf die Beine durch Reizung vom Halsmark aus, erklärt sich nach H. am besten durch reflectorische Verbreitung des Reizes auf das Lendenmark. Hoppe.

---

82) **R. Oddi** (Florenz): Hirn und Rückenmark als Hemmungscentren.
(Atti della R. Accademia dei Lincei, 1895. IV, 2, S. 118!.)

Vorläufige Mittheilung über die Ergebnisse mehrjähriger Versuche über Hemmungsfunctionen. Methode: Freilegung der den Gastrocnemius innervirenden vorderen Spinalwurzel, Registrirung der Contractionen des Muskels bei schwacher faradischer rythmischer Reizung, Prüfung des Einflusses verschiedener Centraltheile auf den Verlauf der Muskelcurve. Zunächst ergab sich mit Sicherheit eine Einwirkung der bis jetzt für unerregbar gehaltenen präfrontalen Region beim Hunde. Bei Reizung des ungleichseitigen Frontallappens fand sich stets ein Feld, welches die Muskelcurve merklich beeinflusste und zwar im Sinne einer Hemmung: die Curve zeigte unregelmässige, niedrige Contractionen und diese Modification überdauerte noch einige Zeit den corticalen Reiz. Nach Entfernung dieses Rindenfeldes gab die Reizung der darunter gelegenen weissen Substanz gleiche, nur in Bezug auf die Dauer der latenten Reizung und Stärke des Einflusses abweichende Wirkung. Durchtrennung der verschiedenen spinalen Stränge zeigte, dass die Hemmung nicht in den Hintersträngen, sondern in den Vorder- und Seitensträngen verläuft, vorzugsweise aber in den Vordersträngen. Ganz ebenso wirkte die Reizung des entsprechenden gleichseitigen Rindenfeldes. Auf den noch nicht definitiv ermittelten Einfluss anderer Hirnabschnitte will Ref. nicht weiter eingehen; wurde das Rückenmark quer durchtrennt und die distale Schnittfläche gereizt, so zeigte sich stets eine Inhibition der Spinalwurzeln, die Muskelcurven wurden sehr erheblich modificirt; die Wirkung überdauerte manchmal die Dauer der Reizung, manchmal blieb die Hubhöhe des Muskels (bei gleichbleibender Stromstärke) dauernd herabgesetzt. Die Reizung des Lendenmarks war wirksamer als die des Halsmarks; stets war die Hemmung von Seiten des Rückenmarks energischer, dauernder und trat auch schneller ein, als die vom Hirn aus zu erreichende. Kurella.

---

83) **K. Pándi:** Du mécanisme cortical des phénomènes réflexes.
(Paris 1895).

Pándi tritt für die Annahme ein, dass unter normalen Verhältnissen sämmtliche Reflexe durch die Hirnrinde vermittelt würden. Er geht hierbei in erster Linie von der klinischen Beobachtung aus, dass nach einem apoplectischen Insult sämmtliche Reflexe verschwinden und sich erst oft nach einer Reihe von Tagen wieder einstellen. Die experimentelle Nachahmung dieser Verhältnisse beim Hunde durch Resection entsprechender Abschnitte des Gehirns ergiebt nun, dass der Patellarreflex, wenn er sich post operationem wieder einstellt, sich sehr verschieden von dem ursprünglichen verhält. Erst dieser zweite Reflex soll nach Pándi rein medullärer Natur sein. Hieraus wird dann geschlossen, dass der subcorticale und medulläre Antheil

des Nervensystems normaliter keine unter sich geschlossenen Leitungen vermittle, unter pathologischen Verhältnissen aber vikariirend für die corticale Uebertragung eintrete.

Gegen die sonstigen experimentellen Belege, besonders gegen die Froschversuche, lässt sich im Einzelnen mitunter ziemlich viel geltend machen.

Jentsch.

B. Nervenheilkunde.

1. Allgemeine Pathologie

84) **Moebius** (Leipzig): Zur Pathologie des Halssympathicus. (Aus „Neurol. Beiträge" III, 1895.)

Nach einer kurzen einleitenden Bemerkung zu Anatomie des Halssympathicus bringt M. eine Zusammenfassung der Hauptergebnisse der experimentellen Untersuchungen über den Halssympathicus:

1. Durchschneidung des Sympathicus bewirkt Erweiterung der Blutgefässe in vielen Bezirken des Kopfes, Reizung bewirkt Verengerung. Nachgewiesen bezw. wahrscheinlich gemacht ist dies, ausser für die äusseren Theile, für die Paukenhöhle, die Iris, die Chorioidea und die Retina, für die Gefässhaut des Gehirns. Es ist wahrscheinlich, dass ausser dem Sympathicus auch die Hirnnerven vasomotorische Fasern führen, doch ist Sicheres nicht bekannt. Unbekannt ist auch, ob nur gefässverengernde oder auch erweiternde Fasern im Sympathicus enthalten sind.

2. Reizung des Sympathicus bewirkt Schwitzen verschiedener Kopfbezirke. Die Schweissfasern sollen durch die 2.—4. Dorsalwurzel aus dem Rückenmarke austreten und, im Sympathicus aufsteigend, schliesslich zum Trigeminus gelangen.

3. Durchschneidung des Sympathicus bewirkt Verengerung der Lidspalte und Pupille, Zurückweichen des Bulbus, Reizung umgekehrt Erweiterung jener und Vordrängung dieses. Ob noch anderweite erweiternde Fasern zur Pupille gelangen, welchen genaueren Verlauf die bez. sympathischen Fasern nehmen, ist unbekannt. Man weiss nur, dass die Pupillarfasern mit der 7. und der 8. Cervicalwurzel, sowie der 1. und 2. Dorsalwurzel aus dem Rückenmarke austreten, mit dem N. caroticus int. in die Schädelhöhle und wahrscheinlich mit dem 1. Aste des Trigeminus zum Auge verlaufen.

4. Vom Halssympathicus aus hat man die Secretion der Parotis und der Unterkieferspeicheldrüse angeregt. Der so abgesonderte Speichel ist zäh und dickflüssig.

5. Reizung des Sympathicus bewirkt Beschleunigung der Herzthätigkeit.

Welche Bedeutung die Ganglien des Sympathicus haben, wissen wir gar nicht, ebenso wenig, wie sich die secundäre Degeneration nach Durchschneidung des Sympathicus gestaltet. — Auf Grund der beobachteten Fälle von Affectionen des Halssympathicus giebt M. ein Bild der Pathologie des n. sympathicus cervicalis. Hierauf werden die beobachteten Symptome einzeln besprochen. Das auffälligste, stets vorhandene Symptom der Sympathicuslähmung ist die Verengerung der gleichseitigen Pupille. Sehr häufig wurde auch die Verengerung der Lidspalte gefunden. Ihr Grad ist sehr verschieden. — Das Zurückweichen des Bulbus ist seltener bei Sympathicuslähmung beobachtet worden. — Mehrmals ist

ferner ein Weicherwerden des Bulbus constatirt. Die Gefässe des Kopfes auf Seite der Lähmung wurden bald anscheinend normal, bald erweitert, bald verengert gefunden. Schwer verständlich und wohl nicht genügend gestützt ist die Beobachtung vermehrter Schweissabsonderung auf Seite der Lähmung. Mehrmals wurde Abmagerung der kranken Gesichtshälfte gesehen. Veränderung der Herzthätigkeit wurde bis jetzt beim Menschen nicht gefunden. Fälle doppelseitiger Lähmung oder Reizung des Halssympathicus sind bislang nicht bekannt geworden.

Die Aetiologie der Erkrankung des Halssympathicus ist insofern einfach, als in der Mehrzahl der Fälle es sich um nachweisbare Veränderungen in der Nähe des Nerven handelt, die durch Druck seine Function stören oder ihn selbst zerstören (Struma, Aneurysma der Aorta, Carcinome oder anderweitige Geschwüre der Halslymphdrüsen oder der Parotis, Narben, Abscesse, Verletzungen durch schneidende Instrumente etc.). Nachgewiesen ist ferner, dass entzündliche Veränderungen der Lungenspitze bezw. der Pleura den Sympathicus in Mitleidenschaft ziehen können. — Fehlen örtliche Veränderungen, so bleibt die Aetiologie dunkel.

In einem II. Abschnitt beschäftigt sich M. mit den sogenannten Sympathicuskrankheiten. Die Migräne, die Basedow'sche Krankheit, die progressive halbseitige Gesichtsatrophie, die Angina pectoris, die progressive Muskelatrophie wurden als solche aufgefasst, haben aber nach M. nichts damit zu thun. Zweifelhaft ist, ob das nervöse Herzklopfen, das mit einer Erweiterung der linken Pupille verbunden, als eine Sympathicusaffection aufzufassen ist; wenn dies der Fall sein sollte, dann dürfte es sich nach M. um eine centrale Störung handeln, kaum dürfte hierfür der peripherische n. sympathicus als locus morbi aufzufassen sein. Bach.

---

85) **M. Straub** (Amsterdam): Vasomotorische Reflexneurose des Auges. (Vasomotorische Neurose van het oog, opgewekt door prikkeling van het neusslijmvlies.) (Weekblad 1896, 1. Februar.)

31jähriger Mann hat Anfälle von intensiver episcleraler Gefässerweiterung — die Sclera erscheint dann blauroth — auf beiden Augen, welche seit 2 Jahren alle 3—4 Wochen wiederkehren und 2—6 Tage dauern; dabei Schmerz über den Bulbi, Thränenlaufen, Lichtscheu; Cornea, Iris, Medien, Fundus stets normal. Der linke Nasengang erscheint S. weniger durchgängig; ein Rhinologe findet: links eine voluminöse spina, theils knöchern, theils knorpelig, mit der Spitze die laterale Wand berührend. Beiderseits hypertrophische Muscheln. Sondirungen der letzteren ergiebt starke Congestion der Augen.

Nach Spinotomie und galvanocaust. Reduction der hypertrophischen Schleimhaut trat binnen 4 Monaten völlige Genesung ein.

Kurella.

---

86) **J. Neumann** (Wien): Ueber puerperale Bradycardie. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1895, II Heft 4.)

Die puerp. Br. ist meist mit Arhythmie verbunden und beginnt schon während der Geburt und zwar durch eine Erregung des Vaguscentrums, beruht mithin auf einer Reizung der cardialen Hemmungsfasern. Da Atropin

die Vagusendigungen im Herzen lähmt, wandte Verf. es in Form von subcutaner Injection an und erzielte für 1—2 Stunden eine Steigerung der Pulsfrequenz um das Doppelte und eine Aufbesserung der Arthythmie.

Erlenmeyer.

87) **C. Winkler** (Utrecht): Herzmuskelveränderungen nach Ausrottung beider Vagi. (Over den invloed der uitrolling van twee nn. vagi op den spierwand van het hart.)

(Psychiatr. Bladen, XII, 3)

Die Mittheilung stammt aus gross angelegten Untersuchungen von Prof. Winkler über die Pathologie der Vasomotoren her; die in Rede stehenden Untersuchungen sind aus bestimmten Gründen an Tauben gemacht. Das Thier stirbt einige Tage nach der Operation; im Herzen finden sich Degenerationen der Muskulatur, daneben aber auch schon Regenerationsprocesse, sowohl in den Fasern, die hart unter dem Endocard liegen, als in diesem. In beiden Arten von Elementen viele Mitosen; die wuchernden Muskelzellen können herdweise zusammenliegen. Zum Schluss deutet W. an, dass die Herzleiden bei Chorea wohl auf eine, durch das Chorea-Toxin hervorgerufene, Vagusveränderung hindeuten. Kurella.

88) **Richard Stern:** Ueber periodische Schwankungen der Hirnrindenfunctionen.

(Arch. f. Psych., XXVII, p 850.)

Verf. berichtet hier in extenso über seine beiden schon auf der Naturforscherversammlung 1894 erwähnten Fälle. Beide betreffen bis dahin gesunde Männer, die nach heftigen Kopftraumen (durch Auffall schwerer Gegenstände, einmal sogar mit Knochensenkung) gruppenweise auftretende Anfälle vom Character der Jackson'schen Epilepsie bekamen, meist mit cerebralen Allgemeinerscheinungen (Schwindel, Blitzen, Ohrensausen etc.), ohne aber das Bewusstsein zu verlieren. Während dieser epileptoiden Zustände zeigen sich oft clonische Zuckungen der Glieder (in einem Falle rechts, in dem anderen symmetrisch); noch häufiger aber (auch ohne parallel gehende clonische Zuckungen) kurz dauernde Schwankungen — durchschnittlich von 5—15 Secunden Dauer — aller nervösen Functionen, der Sensibilität, der willkürlichen Motilität, der Taxis, der Sprache, der Schrift, der Athmung, der einfachen Reactionszeiten, der Auffassungsfähigkeit und der spontanen Aeusserungen, kurz aller Functionsqualitäten der Hirnrinde. Während die Patienten in den kurzen Intervallen sich normal verhielten, bestand in den ebenfalls sehr kurzen Zeiten der Hypofunction Hyperästhesie auf allen Sinnesgebieten, Parese der willkürlichen Muskulatur, Ataxie, unregelmässiges Athmen (ähnlich dem Cheyne-Stoke'schen), Unsicherheit in Sprache und Schrift, Verlangsamung der psychophysischen Reactionszeiten. Erschwerung der Auffassung, Unsicherheit des Gedächtnisses, Pausen beim spontanen Sprechen oder beim Recapituliren (z. B. Alphabetaufsagen), alles das meist in relativ geringen, aber nach den Protocollen durchaus deutlichem Maasse.

Ueber den Grund dieser Oscillationen der Hirnfunctionen äussert St. sich nur hypothetisch; er betont ihren Zusammenhang mit den Kopftraumen, ohne sie indess direct der traumatisch-corticalen Epilepsie zuzurechnen,

der doch die clonischen Zuckungen und die Allgemeinerscheinungen angehören. Jedenfalls liegt der Gedanke, dass die interessanten Erscheinungen der corticalen Epilepsie zugehören, nicht fern. E. Trömner.

II. Specielle Pathologie.

a) Gehirn.

89) **Kaiser**: Zur Kenntniss der Poliencephalomyelitis acuta.
(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 7, XV.)

Ein 20jähriger Mann, früher stets gesund, erkrankte plötzlich mit Schielen, Kopfschmerzen und Doppeltsehen. In ziemlich rascher Folge gesellten sich dazu Schlingbeschwerden, Parese des Facialis, taumelnder Gang. Die Ophthalmoplegia ext. nimmt zu, es tritt allmählich stärker werdendes Coma oder am letzten Lebenstage eine schlaffe Lähmung des rechten Armes auf. Eine Schluckpneumonie führt den Exitus in vollem Coma herbei.

Bei der microscopischen Untersuchung fand Kaiser, dass an der Decussatio pyramidum bis zum dritten Ventrikel durch den Kranhheitsprocess eine grosse Zahl von Nervenkernen zerstört worden waren, nämlich beiderseits fast völlig die Hypoglossus-, Vagus- und Glossopharyngeuskerne, links der Nucleus ambiguus, Facialis- und Acusticuskern, letzterer auch rechts zum grössten Theile. Ferner war nur links der sensible und motorische Trigeminus erkrankt, ferner noch beiderseitig der Trochleariskern und sämmtliche Gruppen des Oculomotoriuskerns mit Ausnahme der am meisten hirnwärts zu beiden Seiten des III. Ventrikels gelegenen Theile desselben. Weiter waren betheiligt die Substantia gelatinosa der aufsteigenden Quintuswurzel, der laterale Schleifenkern und die absteigende Quintuswurzel beiderseitig und links noch die aufsteigende Glossopharyngeus-, Acusticus- und Trigeminuswurzel. — Von den Nervenwurzeln waren ganz oder fast ganz untergegangen der Facialiskern links, die Trochlearisfasern in der linken Hälfte des Marksegels, von den Oculomotoriusbündeln beiderseits die am meisten medial gelegenen, links noch eine Anzahl mehr lateral liegender, das hintere Längsbündel beiderseits, die Commissurenfasern am hinteren Vierhügelpaar und in der hinteren Commissur, zahlreiche Raphekreuzungen und die Radiärfasern der vorderen Vierhügel.

Die Stämme der Hirnnerven boten keine Degeneration. Im Rückenmark war das rechte Vorderhorn in der Cervicalanschwellung wie den Hirnnerven erkrankt.

Auf Grund dieser Befunde rechnet K. den vorliegenden Fall der Wernicke'schen Poliencephalitis sup. acuta zu, sich davon nur unterscheidend durch die stärkere Betheiligung der tiefer unten gelegenen Bulbärkerne und vor allem des Rückenmarks.

Betreffs der Natur dieser mit enormer Hyperämie und vielen Extravasationen einhergehenden acut entzündlichen Affection schliesst sich R. ganz der Oppenheim'schen Ansicht an, dass es eine hämorrhagische Hirnentzündung giebt, die sich im centralen Höhlengrau ausbreitet und sich vom Boden des III. Ventrikels durch die Wandungen des Aquäductus Sylvii bis in den IV. Ventrikel und eventuell bis ins Rückenmark erstreckt.

Was nun die interessante Frage anlangt, ob der Process, vor Allem die Poliomyelitis anterior, interstitieller oder parenchymatöser Natur ist, so neigt K., der im Rückenmark denselben Befund erhebt, sowie Goldscheider und Ref., die sich für die interstitielle Natur aussprachen, bei der Gleichartigkeit des Processes im Rückenmark und weiter oben, wegen der ausserordentlich starken Betheiligung der Gefässe und wegen des Intactseins der aus den Ganglienzellen hervorgehenden Wurzelfasern der Annahme eines von den Gefässen ausgehenden, also interstitiellen Processes zu.

Betreffs der Aetiologie ist der vorliegende Fall absolut dunkel, es kann weder ein Abusus alcohol. herangezogen werden, noch spricht der fieberlose Verlauf, das Fehlen des Milztumors etc. für eine Infection.

Eine genaue Vergleichung der klinischen Symptome mit dem anatom. Befunde, wobei der Verf. auf die Lage der verschiedenen Kerne im Oculomotoriusgebiete, auf die Lage des Augenfacialis und auf die Erklärung anderer Symptome eingeht, schliesst die Arbeit.

Dauber (Würzburg).

---

90) **Kalischer:** Ein Fall von subacuter nuclearer Ophthalmoplegie und Extremitätenlähmung mit Obductionsbefund. (Polio-Mesencephalo-Myelitis subacuta.)

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 6, XV.)

Ein nicht belasteter und nicht inficirter, nur stark rauchender 64jähr. Mann erkrankte ohne Insult plötzlich an Herabhängen des rechten oberen Augenlids und Doppeltsehen. Letzteres schwand in einigen Tagen. 3 Wochen später zunehmende Schwäche der Unter- und Oberextremitäten. Nie Schmerzen, Kopfschmerz, Erbrechen, Fieber, Schwindel, Bewusstseins- und Intelligenzstörungen. Beide Augen zeigten bei der Untersuchung Ptosis, Pupillen, L. < R., zeigten geringe aber deutliche Reaction aller Qualitäten. Die äusseren Augenmuskeln waren links fast völlig gelähmt, rechts ebenfalls paretisch, im rechten unteren Facialis bestand ebenfalls eine geringe Parese. Abgesehen von der schon erwähnten Schwäche der Extremitäten konnte nichts Pathologisches constatirt werden. Die Lähmungen bestanden ohne Atrophien, Spasmen oder fibrilläre Zuckungen. Die Extensoren waren stärker betheiligt wie die Flexoren. Die Sehnenreflexe fehlten, die Haut- und Hodenreflexe waren erhalten. Blase und Mastdarm intact. Die Nerven zeigten mässige Druckempfindlichkeit, sensible Störungen fehlten. Das Leiden machte unter Betheiligung der Rücken- und Rumpfmuskulatur Fortschritte, die faradische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln nahm ab und der Kranke ging trotz geringer Besserung des Augenbefundes plötzlich unter Kopfschmerz, Hitze, Husten und Athemnoth bei ungestörtem Schluckakt zu Grunde. Während die untersuchten Extremitätenmuskeln und die peripheren Extremitäten- und Augennerven völlig intact waren, fand K. die hauptsächlichen Veränderungen auf das gesammte centrale Höhlengrau, auf die motorische Kernsäule vom Boden des 3 Ventrikels bis zum Conus terminalis mit mehr oder weniger grossen Unterbrechungen und wechselnder Intensität localisirt. Sie bestanden in kleinen Blutungen aus den dilatirten, stark gefüllten, zum Theil adventitiell stark verdickten Gefässen, und waren am stärksten in der Cervicalanschwellung des Rückenmarks und in der Höhe

der vorderen resp. oberen Oculomotoriuskerne und am Boden des hinteren Theiles des 3. Ventrikels. Weiter wurden gefunden kleine, ganz vereinzelte miliare Blutherde in der Hirnrinde, eine geringe Atrophie resp. Degeneration in den an die graue Substanz angrenzenden Theilen der Pyramidenseitenstränge und der Vorderstranggrundbahnen, eine geringe Degeneration in den medialen Theilen der Goll'schen Stränge, eine mässige Verdickung der Pia spinalis. Auffallend ist die geringe Betheiligung der motorischen Kerne der Medulla oblongata, während die höher oben und tiefer unten gelegenen Centren betroffen sind; dazu kommt, dass einzelne Kerne (Trochlearis und Abducens) ein Missverhältniss zeigen zwischen ihrer Atrophie und der Geringfügigkeit der Gefässläsion und Blutung in ihrer Umgebung; ausserdem fällt das Freibleiben der sensiblen Centren und sensorischen Theile (Trigeminus, Acusticus etc.) auf. Demnach zeigt der Fall nach R. theils Beziehungen zu den primären atrophischen degenerativen Processen, theils zu den vasculären, hämorrhagischen Entzündungen der grauen Substanz des Rückenmarks (Polyomyelitis acuta) und des Mesencephalon (Policencephalitis superior hämorrhagica Wernicke).

Betreffs der Art der Entzündung neigt K. für die acuten Fälle, die zu der Entscheidung dieser Frage einzig in Betracht kommen können, mehr der Annahme eines primär interstitiellen Characters derselben zu, wie sie schon von Damaschino und Archambault, Lippmann, Schultze, Eisenlohr, Leyden, Goldscheider, Siemerling und dem Ref. vertreten wurde.

Als ätiologisches Moment nimmt K. in seinem Falle Ueberarbeitung an, doch weist er nicht die Möglichkeit anderer Einflüsse, z. B. infectiöser oder toxischer Natur in anderen Fällen von der Hand.

Die sehr genaue Berücksichtigung der ziemlich grossen Litteratur und die Berührung noch zahlreicher Fragen, z. B. die Beziehungen der Mesencephalitis zu verschiedenen Lähmungstypen, die alle zu erwähnen den Rahmen des Referates überschreitet, vervollständigen die erschöpfende Arbeit.

Dauber.

---

91) **Dinkler:** Mittheilung eines tödtlich verlaufenen Falles von traumatischer Gehirnerkrankung (allgemeine Unruhe, Schwachsinn, Sprachstörungen etc.) mit dem anatomischen Befunde einer Poliencephalitis hämorrhagica inferior acuta.

(Deutsche Zeitschr. f Nervenheilkunde, Bd. 7, XX.)

Ein 5jähriges, früher gesundes Kind fiel ca. 6—8 Meter hoch herunter und schlug unten mit dem Kopf auf Steinplatten auf: Bewusstlosigkeit, jedoch keine Krämpfe oder Lähmungserscheinungen; eine kleine Hautverletzung heilte nach 5—6 Tagen. Seitdem war das Kind nicht mehr ganz gesund, es war wehleidig, klagte über Kopfweh, Müdigkeit und Schwindel, der Schlaf wurde unruhig, es trat häufiger Urindrang Nachts auf und es trat öfter nach dem Essen Erbrechen auf. Solche Anfälle traten oft mit wechselnder Häufigkeit auf. So ging es $2^1/_2$ Jahre, bis plötzlich heftiges Kopfweh, häufiges Erbrechen, grosse Unruhe, Augenverdrehen und starkes Zittern (Krämpfe?) auftraten nebst rapidem Schlechterwerden der Sprache, Schlechterwerden des Kauens und Schluckens und Incontinentia urinæ et alvi. Bei der klinischen Vorstellung zeigte es Idiotie, taumelndes Hin- und Hergehen, Neigung des Kopfes nach links, keine Lähmungs-

erscheinungen, Sensibilitätsstörungen oder Abnormität im Verhalten der Reflexe. Es ging unter Zunahme der Störungen in tiefem Sopor nach 27 Tagen zu Grunde, nachdem 2 Tage vorher Fieber aufgetreten war. Anatomisch stellte sich die in der Ueberschrift erwähnte Veränderung heraus. Da solche Traumen häufig von Kindern ohne schädigende Nachwirkungen ertragen werden, so liegt es im vorliegenden Falle nahe, anzunehmen, dass von der dem Sturze um einige Monate vorausgegangenen Erkrankung an Rötheln (Masern?) und Keuchhusten eine gewisse Empfänglichkeit zu der Gehirnerkrankung zur Zeit des Traumas zurückgeblieben war. Was nun die organische Grundlage der im Laufe der 2½jährigen Dauer des Leidens beobachteten Symptome betrifft, so ist es möglich, dass durch die Kopferschütterung eine Störung der vasomotorischen Centren und dadurch häufige und hochgradige Hyperämien des Gehirns erzeugt werden, vielleicht gelingt es aber auch trotz der bisherigen negativen Befunde durch subtilere Methoden (Nissl'sche und Marchi'sche Färbung) bestimmte Veränderungen in der Rindensubstanz noch zu finden. Dauber.

---

92) **Rakowicz**: Ein Fall von beiderseitiger Stauungspapille und einseitiger Abducenslähmung bei otitischer Meningitis.

(Monatsbl. f Augenheilkunde 1895, Mai)

Die Otitis war bei dem 11jährigen Knaben nach Influenza entstanden. Die Erscheinungen von Seiten der Augen gingen nach Stacke-Schwartze-scher Radicaloperation schnell zurück. Verf. ist daher geneigt, dieselben aus einer Erhöhung des intracraniellen Druckes zu erklären und die Abducenslähmung als nucleare aufzufassen. Otitis und Abducenslähmung betrafen die rechte Seite, auch die Stauungspapille war rechts hochgradiger als links.

Der Fall illustrirt die Wichtigkeit ophthalmoscopischer Untersuchungen bei Ohrenleiden. Heddaeus (Essen).

---

93) **Blessig**: Ein Fall von gummöser Erkrankung der Orbita, der mittleren Schädelgrube und des Gehirns.

(Monatsbl. f Augenheilkunde 1895, Sept.)

Die ersten Symptome (Exophthalmus, Stauungspapille) traten 14 Jahre nach vorausgegangener „venerischer Affection" (ohne Secundärerscheinungen) auf und führten nach ca. 8 Monaten trotz wiederholter Hg I. K.-Kuren zum Tode. Heddaeus (Essen).

---

94) **Cornil** und **Durante**: Encéphalopathie grippale.

(Bericht in Bulletin méd. 1895 Nr. 19.)

In den beiden ersten Fällen kündete sich die Encephalopathie im Verlauf der Grippe durch intensives Kopfweh von langer Dauer an; darauf wurden die Kranken urplötzlich von Bewusstseinsverlust, dem ein unvollständiges Coma mit Stertor folgte, befallen. Dieser comaähnliche Zustand hielt bei der einen Patientin 3 Wochen, bei der anderen 4 Tage an. Es gesellte sich eine Hemiparese hinzu, die in dem ersten Falle rechts sass und von einer Aphasie und Agraphie begleitet war, im zweiten Falle links ihren Sitz hatte und mit einer Aphasie nicht combinirt war; die Gesichtshälfte der alterirten Seite nahm an der Lähmung Theil. In beiden Fällen

traten auch Urin- und Darmincontinenz, Störungen der Sehkraft und der Pupil'encontraction ein; die Sensibilität und die Reflexe blieben erhalten. Die ophthalmoscopische Untersuchung ergab eine Turgenscenz der Papillargefässe.

Der Gedanke, dass es sich hierbei um eine acute Meningitis handeln könne, lag sehr nahe. Die Vortragenden gaben die Möglichkeit auch zu, dass die Meningen entzündet gewesen sind und dass die Hirnrinde in dem motorischen Bezirk in Mitleidenschaft gezogen war, allein die langsame Heilung in dem ersten, die rapide in dem zweiten Falle sprechen ihnen gegen das klassische Bild der Meningitis, die fast immer letal endige.

Die etwaige Annahme einer hysterischen Hemiplegie wird hinfällig durch das Erhaltensein der Sensibilität, durch die Facialisparalyse, die Lähmung der Sphincteren und die Störungen im Augenhintergrund.

Bei der dritten Beobachtung handelt es sich um eine hysterische Person, die Hemiplegie nebst Hemianästhesie im Verlaufe der Grippe bekam. Da sich hier aber auch Facialislähmung, Ungleichheit der Pupillen und eine von dem nervösen Muticismus verschiedene Aphasie hinzugesellten, so dürfte die Encephalopathie ebenfalls nicht der hysterischen Disposition Schuld zu geben sein.

Buschan.

---

95) **Barbour:** On a case with symptoms simulating hysteria in pregnancy, going on to apparent dementia; brain-lesion found on post-mortem, Child still-born with contractures.

(Edinbourgh med. Journ, Juni 1895.)

Eine 20jährige Gravide bekam zur Zeit, als sie die ersten Kindesbewegungen fühlte, einen Anfall, bei dem sie die Sprache und das Sehvermögen verlor und auf dem linken Bein gelähmt war. In wenigen Minuten war der Anfall vorüber. Diese Anfälle wiederholten sich nun sehr häufig. Anfangs gingen die Ausfallserscheinungen stets nach kurzer Zeit vollkommen zurück, allmählich aber blieb eine Schwäche der Extremitäten, Störungen der Sprache und der Intelligenz bestehen. Es bildeten sich Contracturen, die tiefen und die Hautreflexe waren gesteigert, die Pupillarreaction war träge. Beide Unterschenkel wurden anästhetisch. Während des partus hatte Patientin epileptiforme Krämpfe. Das Kind lebte bei Beginn des Geburt, kam aber todt zur Welt. 36 Stunden post partus starb die Mutter an Herzschwäche. Die Section ergab multiple Erweichungsherde in beiden Hemisphären und in der Brücke, die Gefässe waren vielfach thrombosirt. Lues war nicht vorhanden. Ein besonderes Interesse bot noch der Fœtus. Seine Extremiäten standen in leichter Beugecontractur. Dieselbe ähnelte sehr derjenigen der Mutter.

Bielschowsky (Breslau).

---

96) **Passow:** Ein Fall von perisinuösem Abscess und Sinusthrombose mit Ausgang in Heilung. — Aus der Ohrenklinik der Charité

(Berliner klin. Wochenschr 1895, Nr. 48)

Der Fall betrifft einen 25jährigen Manner, welcher von Kindheit an auf dem rechten Ohre taub war, im Laufe des Sommers 1894 hin und wieder daselbst Schmerzen hatte und Mitte August plötzlich Kopfschmerzen, Schwindel und Gliederschmerzen bekam, wozu sich in den nächsten Tagen Schmerzen im Genick und Schüttelfröste gesellten.

Am 21. August Aufnahme in die Charité. Heftige Kopf- und Nackenschmerzen, die rechte Kopfseite ausserordentlich druckempfindlich, Nackensteifigkeit, hochgradige Hyperästhesie der Haut des Nackens bis zur Spina scapulæ und der Proc. spinosi bis zum 3. Brustwirbel. Beim Versuch zum Stehen knickt der Kranke zusammen. Pupillen reagiren gleich weit. Patellarreflexe fehlen. Der rechte äussere Gehörgang ist mit stinkendem Eiter erfüllt, auf der gewulsteten und gerötheten Paukenschleimhaut mehrere leicht blutende Granulationen.

Bei der Operation entleerte sich aus einer bis in die Spitze des Warzenfortsatzes reichenden Höhle stinkender Eiter. Antrum, Aditus und Mittelohr mit Eiter und Granulationen gefüllt.

Nach der Operation besserte sich der Zustand nicht, so dass ein Abscess in der Schädelhöhle (extraduraler Abscess am Sinus transversus) angenommen werden musste. In der That ergab die weitere Aufmeisselung des proc. mast. nach hinten ca. einen Esslöffel Eiter auf der Dura und einen eitrigen Thrombus im missfarbigen brüchigen Sinus transversus. Bald nach Beendigung der Operation besserten sich die Erscheinungen, die Patellarreflexe waren schon einige Stunden vorher zu erzielen, Hyperästhesie, Genickschmerz, Brechreiz, Schwindelgefühl schwanden völlig, nachdem ein necrotisch gewordenes Stück Sinuswand abgestossen war. Nach mehreren Monaten erfolgte vollständige Heilung.

P. meint, dass der Verlust der Patellarreflexe durch Druck oder Reiz auf das Centralnervensystem zu erklären sei. Hoppe.

---

97) **J. Boedeker:** Zur Kenntniss der acuten alcoholischen Ophthalmoplegien.

(Arch. f. Psych. 1894, XXII, p. 810)

Ein 52jähriger Arbeiter, starker Schnapstrinker, seit 2 Jahren über allgemeine Schwäche klagend, erkrankt acut mit Kopfschmerz, Schwindel, Zittern und schliesslich ausgesprochenem Delirium Bei eingehender Untersuchung fand sich völlige Abducenslähmung, Pupillenstarre, Myosis, Parese des linken Facialis und Sprachstörung, Tremor, atactischer Gang, abgeschwächte Kniereflexe und bei seinen Delirien immer euphorische Stimmung. Tod nach 6 Wochen.

Die Section ergab: Hirnoberfläche annähernd, Gefässe der Basis und Nerven ganz normal; im Hirnstamm, namentlich im centralen Höhlengrau und in den Hirnganglien zahlreiche, ältere und frischere, grössere und capilläre Blutungen, die Gefässe prall gefüllt, ihre Wand sclerosirt.

B. fasst den Fall als hämorrhagische alcoholische Encephalitis auf.

E. Trömner.

---

b) Neurosen.

97) **Unverricht:** Ueber familiäre Myoclonie.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk, Bd 7, II.)

Im Anschlusse an 3 weitere von ihm beobachtete Fälle sucht U. die Sonderstellung dieser Affection weiter zu erhärten. Es sind 3 Brüder, 32. 20 und 17 Jahre alt. Sie erkrankten alle ungefähr in der ersten Hälfte bis Mitte des II. Decenniums an den jetzt noch bestehenden Leiden.

Es handelt sich um blitzähnliche Zuckungen, welche einzelne Muskeln des Stammes, des Gesichtes und der Gliedmaassen isolirt befallen; darin machen sich leichtere Intervalle geltend, während welcher die Zuckungen beim Versuche, einzelne Muskelgruppen zu contrahiren, auftreten, und schwerere, in denen die Zuckungen spontan auftreten, alle coordinirten Bewegungen unmöglich machend und nicht selten die Patienten beim Gehen zu Boden schleudernd. Das Characteristische an den Zuckungen ist der blitzartige Verlauf, so dass U. von Muskelstössen spricht. Sie waren localisirt auf den Stamm, die Extremitäten, das Gesicht, die Zunge, das Zwerchfell, während die Augenmuskeln immer frei blieben; waren arythmisch, regellos und nicht synchron auf beiden Seiten. „Von grosser Wichtigkeit ist, dass nicht synergisch zusammenwirkende Muskeln gemeinsam und gleichzeitig von den Zuckungen befallen wurden, sondern immer nur einzelne Muskeln oder selbst nur Muskelbündel.“

Psychische Erregung steigerte die Zuckungen.

Der Wille hat einen besänftigenden Einfluss auf die Zuckungen. Der Schlaf bringt in allen Fällen Ruhe, aber nicht vollkommenes Aufhören der Zuckungen.

Complicirt war die Krankheit in allen Fällen mit Epilepsie.

U. vertheidigt die Sonderstellung dieser Krankheit gegen die Ansicht, dass es sich um Hysterie handle, wegen Fortdauer der Zuckungen während des Schlafes, und ebenso gegen Möbius' Annahme einer chronischen progressiven Chorea. Von letzterer unterscheidet sie sich dadurch, dass bei der Myoclonie synergisch nicht zusammenwirkende und vom Willen isolirt nicht erreichbare Muskeln in Zuckungen gerathen.

Therapeutisch hat sich nur Chloral etwas bewährt. Alle sonstigen beruhigenden Mittel, auch Suggestion, blieben ohne jeden Erfolg.

Dauber.

99) **A. Souques:** Contribution à l'étude de la forme famiale de la paraplégie spasmodique spinale.

(Revue neurologique Nr. 1, 1895)

Die Mittheilung des Verfassers betrifft 2 Geschwister, einen 7jährigen Knaben und ein 10jähriges Mädchen, die Kinder gesunder, nicht blutsverwandter Eltern, in deren Familie, abgesehen von einem geisteskranken Verwandten, (Bruder der Mutter) sich nichts auf Belastung hinweisendes findet. Beide Kinder kamen ausgetragen und ohne Kunsthilfe zur Welt. Bei der jetzt 10jährigen Celine P. zeigten sich die ersten Gehstörungen gegen Ende des 3. Lebensjahres; dieselben nahmen in den nächsten Jahren, nachdem das Kind Masern und leichte Blattern überstanden hatte, erheblich zu, insbesondere an dem rechten Beine. Vom 5.—7. Jahre war das Kind kränklich, litt an Impetigo capitis, Keratitis interstitialis mit Blepharospasmus und einer Ohrenaffection, erst mit 8 Jahren wurde dasselbe in die Schule geschickt und erlernte dann auch Lesen und Schreiben leicht.

Status August 1894: Ein seinem Alter entsprechend entwickeltes Mädchen. Im Bereich der Gehirnnerven mit Ausnahme von Herabsetzung des Hörvermögens auf dem rechten Ohre keine Störung. Beim Stehen zeigt sich der rechte Oberschenkel erheblich gegen das Becken, der Unterschenkel gegen den Oberschenkel gebeugt, der Fuss berührt nur mit der Spitze den

Boden. Diese fehlerhafte Stellung der rechten Unterextremität kann weder activ, noch passiv geändert werden wegen fibröser Retraction der hinteren und äusseren Muskeln des Oberschenkels. Beim Sitzen sind die beiden Füsse starr in Varusstellung. Der rechte Fuss kann willkürlich nicht aus dieser Stellung gebracht werden, der linke nur unvollkommen. Die Sehnenreflexe auf beiden Seiten gesteigert; rechts sehr deutlich Fussclonus, links kaum angedeutet. Das Gehen ist ohne Stütze möglich, aber mit spastischem Character. Die Kranke bewegt sich auf den Zehenspitzen vorwärts, insbesondere rechts, sie kann sogar hüpfend etwas laufen. Am Rumpfe und den Oberextremitäten keine motorische Störung. Die Sensibilität überall intact, keine Muskelatrophie, keine Störung der Blase und des Mastdarms; Sprache und Intelligenz normal.

Bei dem 7jährigen Knaben Henry P. begann die Gehstörung im 5. Lebensjahre und nach einer mit Convulsionen einhergehenden fieberhaften Affection unbekannter Natur nahm dieselbe rasch zu.

Status 31. August 1894: Leicht gebeugte Stellung der Unterextremitäten und typische spastische Paraplegie derselben; die Sehnenreflexe auf beiden Seiten sehr gesteigert, auch Fussclonus beiderseits, Varusstellung der Füsse. Der Knabe kann trotz der sehr ausgesprochenen Starre der Beine gehen, allerdings langsam, schwierig und schleifend. Im Bereiche der Hirnnerven keine Störung. Die Motilität der Oberextremitäten und des Rumpfes, die Sensibilität überall intact; Blasen- und Mastdarmstörungen fehlend, keine Muskelatrophie; Sprache und Intelligenz normal.

In der Epikrise bemerkt S., dass neben dem familiären Character die klinischen Erscheinungen und die Entwicklung des Leidens eine Herdläsion (Myelitis transversa etc.) ausschliessen lässt und die Möglichkeit einer multiplen Sclerose kaum in Betracht komme. Gegen einen cerebralen Ursprung der Paraplegie, i. e. die Annahme, dass es sich um die Little'sche Krankheit handle, macht S. geltend: Das Fehlen der beiden wichtigsten Ursachen der Little'schen Krankheit, der Frühgeburt und der erschwerten Entbindung, und den Mangel cerebraler Störungen, die bei nicht congenitaler Little'scher Krankheit gewöhnlich vorhanden sind. Nach S. handelt es sich bei den angeführten Fällen klinisch um die Erb'sche spastische Spinallähmung (die Tabes dorsal spasmodique Charcot's), anatomisch um eine primäre systematische Sclerose der Pyramidenstränge. Zur Stütze dieser Auffassung wird auf analoge Beobachtungen von v. Krafft-Ebing, Strümpell und Tooth verwiesen. L. Löwenfeld.

C. Psychiatrie.

1. Pathologische Anatomie und allgemeine Pathologie.

100) **Chr. Geill:** Nogle Hjernevejninger fra Aarhus Asylet. (Gehirnlähmungen.)

(Bibliotek for Lægev. 1895, S. 394.)

Veranlasst durch die Untersuchungen von Meyer und Heiberg aus dem St. Hanshospital beschloss der Verf., die Resultate der Gehirnwägungen im Aarhuser Asyle im Zeitraum von 1852—1895 zusammenzustellen und zu veröffentlichen. Die Methode der Wägung in der Staatsirrenanstalt

bei Aarhus ist in so weit von der im St. Hans-Hospital gebräuchlichen verschieden, als hier die Seitenventrikel erst geöffnet werden und die Flüssigkeit einige Zeit (bis zu 10 Minuten) zum Ablaufen hat, während dort die Gehirne „vor dem Oeffnen, nachdem die in den Ventrikeln und den Häuten enthaltene Flüssigkeit so weit wie möglich abgelaufen ist", gewogen werden. Die Zahlen des Verf. sind deshalb im Ganzen etwas höher als die im St. Hans-Hospital, nämlich ca. 50 gr für die männlichen und ca 60 gr für die weiblichen Gehirne. — Im Ganzen disponirt der Verf. über 852 Gehirnwägungen, 500 bei Männern und 352 bei Frauen. Der Durchschnitt bei Männern war 1368,3 gr, bei Frauen 1238,4 gr. Bei Männern unter 60 Jahren war der Durchschnitt 1375 gr, bei solchen über 60 Jahren 1335 gr. Bei nicht paralytischen Männern, deren Krankheit unter 2 Jahren dauerte, war der Durchschnitt 1446,9 gr, bei solchen, deren Krankheit über 2 Jahre dauerte, 1375 gr, im Ganzen 1395 gr. Bei männlichen Paralytikern war der Durchschnitt 1286,7 gr. — Bei Frauen unter 60 Jahren war der Durchschnitt 1257 gr, über 60 Jahren 1187 gr. Bei nicht paralytischen Frauen, deren Krankheit unter 2 Jahre dauerte, war der Durchschnitt 1287 gr, bei solchen mit einer Krankheitsdauer über 2 Jahre 1215,9 gr, im Ganzen 1243 gr. Bei weiblichen Paralytikern war der Durchschnitt 1153,9 gr.

Koch (Kopenhagen).

101) **H. Schlöss:** Anatomische Studien an Gehirnen Geisteskranker. (Jahrbücher für Psychiatrie XII, H. 3.)

Seitdem Lombroso das Verbrechen, das Genie und den Irrsinn als verwandte pathologische Erscheinungen erklärt hat, ist die Frage, ob sich Degenerationszeichen an den Gehirnen hereditär belasteter Geisteskranker nachweisen lassen und ob sich diese Degenerationszeichen an den Gehirnen der Verbrecher und der genialen Menschen, soweit über beide Gruppen Beobachtungen vorliegen, wiederfinden, von grosser Bedeutung. Schlöss untersuchte 52 Gehirne hereditär belasteter Personen auf das Subtilste und Sorgfältigste und verglich seine Ergebnisse mit den bekannten Angaben Benedikt's über die Gehirne der Verbrecher. Vor Allem fand der Verf. an den Gehirnen hereditär belasteter Geisteskranker, dass die Furchen mit einander communicirten, was ja nach Benedikt als das wichtigste Characteristicum des Typus des Verbrechergehirns anzusehen wäre. Hauptsächlich seien die Furchen der lateralen Parietal-, Temporal- und Occipitalfläche durch Anastomosen verbunden. Die drei Furchen der lateralen Hemisphärenfläche, welche gewöhnlich zur fissura Sylvii radiär angeordnet sind, confluirten häufig mit der fissura Sylvii. Die laterale Stirnfläche zeigt in vielen Fällen eine Strecke weit 4 Windungszüge, die durch die sagittale Theilung der ersten Stirnwindung entstehen. An der medialen Hemisphärenfläche fanden sich bei den untersuchten Gehirnen die gleichen Anomalien, welche schon Benedikt aufgefallen waren. Der sulcus calloso-marginalis entsendet öfters eine Fortsetzung zur fissura parieto-occipitalis oder zum gemeinsamen Stiele dieser und der fissura calcarina. Ob die äussere Orbitalfurche Benedikt's eine Abnormität des menschlichen Gehirns darstellt oder ob ihr Vorkommen die Regel bildet, müsse unentschieden bleiben. Der sulcus calloso-marginalis sei häufig doppelt angelegt. Die quere Furche des

Vorzwickels mündet bisweilen in den sulcus calloso-marginalis. Der sulcus inter parietalis mündet häufig in die Affenspalte. Der Occipitallappen fand sich wiederholt kümmerlich entwickelt. Aus der Uebereinstimmung dieser Resultate mit den Untersuchungen Benedikt's zieht der Verf. den Schluss dass sowohl der Verbrecher als auch der zu einer Geistesstörung disponirte Mensch „prädestinirt“ seien, der eine für's „Criminal“, der andere für die „Irrenanstalt“. So bestechend diese Beweisführung im Einzelnen auch sein mag, eine Schwierigkeit ist bei derartigen Untersuchungen nicht zu umgehen, nämlich diejenige, dass wir noch keine genaue Schilderung des normalen Gehirntypus nach dem Principe der Casuistik besitzen. Der Verf. vorliegender Studie hat sich diese Schwierigkeiten nicht verhehlt, denn er meint, es sei anzunehmen, dass manche Befunde sich auch an den Gehirnen erblich nicht belasteter und geistig normaler Menschen wieder finden würden wenn man nach ihnen suchen wollte! — Was die Vergleichung der Gehirne bedeutender Männer mit den Befunden Benedikt's und den Befunden an den Gehirnen erblich belasteter Geisteskranker betrifft, so will der Verf. trotz gewisser Uebereinstimmungen doch keine sicheren Schlüsse ziehen, da das zu vergleichende Material zu spärlich sei, um einen Schluss zu gestatten.

Behr.

---

102) **Kaes**-Hamburg: Statistische Zusammenstellung der macroscopischen Veränderungen des Centralnervensystems an der Leiche bei allgemeiner Paralyse.

(Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 51.)

Wie gemäss allgemeiner Annahme das Gesammtbild der Paralyse nichts anderes ist, als das einer frühzeitigen Senescenz, so findet man am Schädel Knochenveränderungen sehr häufig. Verf. fand, wie Krömer, die Schädelcalotte meist schwer; in nur wenig Fällen abnorm leicht, besonders bei Potatoren. Die Diploë war nur in $^1|_4$ der Fälle normal, meist war sie wenig entwickelt; absolut geschwunden bei 13,6 %, meist Männern. Mit Krömer übereinstimmend, findet Verf. von den Nähten meist die Pfeilnaht verstrichen (60,3 %), seltener die Kranz- und die Lambdanaht (je ca. 10 %). Relativ oft war die Stirnnaht erhalten, zumal bei Frauen, was wohl aus der grossen Zahl weiblicher Paralysen in jugendlichem Alter zu erklären ist. Hyper- und Exostosen fand Verf. in 13,9 % (gegen 21,4 % bei Krömer), meist an den Scheitelbeinen.

Betreffend die Hirnhäute fanden sich macroscopische Veränderungen an der Dura etwa in der Hälfte der Fälle: Verwachsung der Dura mit dem Schädel in 5—6 %: Pachymeningitis int. hämorrhag. in $^1/_4$ der Fälle, die rechte Convexität und die Mittelgrube bevorzugend und besonders bei der mit Syphilis complicirten Paralyse auftretend. Ausgeprägtes Oedem der Pia zeigten 28 %, einfache chronische Meningitis, Trübungen mit Verdickungen der weichen Häute 85,9 %, cystische Erhebungen der Pia nur 1,5 %, purulente Leptomeningitis 3,4 %; Verwachsungen zwischen Dura und Pia waren sehr selten. Allgemeine Verwachsung der Pia mit der Hirnrinde aber fand sich in 26,6 %. Ein Vergleich unter den 5 von Verf. angeführten Untergruppen ergiebt, dass für Pia-Veränderungen bei den Männern die der einfachen Paralysen, bei den Weibern die der mit Syphilis

complicirten Paralyse das grössere Contingent stellt. Bezüglich der Gefässveränderungen weist Verf. nochmals darauf hin, dass die Zahl der Schrumpfnieren auffallend mit der der Atherose der Basalgefässe übereinstimmt, ebenso die Zahl der Sclerosen mit der der Herderkrankungen und frischen Apoplexien.

Allgemeine Atrophie der Grundsubstanz fand Verf. bei 65,9 %; stark granulirtes Ependym bei 24,4 %, nur im 4. Ventrikel granulirt bei 20,2 %, sehr enge Ventrikel fanden sich nur bei 0,4 %. Herderkrankungen bestanden am meisten bei Syphilitikern und Potatoren, bei Frauen schon während des 20.—30. Lebensjahres. Im Ganzen waren sie nicht häufig und es scheint, dass sie den Verlauf der Paralyse nicht verkürzen. Geschwülste kamen nur 6 mal (0,6 %) vor, Cysticerken aber schon bei 2,4 %.

Was Degeneration und Atrophie der Hirnnerven anlangt, so fand sich solche des Olfactorius in 5 Fällen, des Opticus bei 4,4 %, des Oculomotorius in 8 Fällen, des Abducens in 2 Fällen, des Trochlearis in 2 Fällen, 3 mal des Facialis und 2 mal des Acusticus.

Ueber die Veränderungen am Rückenmark und seinen Häuten bringt Verf. nur wenige Daten. Er findet gegenüber der Behauptung von Mendel, dass Pachymeningitis int. spinalis nicht selten bei Paralytikern mit Pachymeningitis cerebralis hämorrhag. gefunden wurde, dass die ersteren weit hinter den letzteren zurückbleiben; in ausgeprägter Form fand er sie nur bei 0,7 %. Auch Trübungen und Verdickungen der weichen Häute nur bei 25,7 %. Leptomeningitis spinalis purulenta bei 0,7 %. Verf. bringt 6 Sectionsbefunde davon und erwähnt, dass in jedem Falle starker Decubitus bestand.

Interessant sind Verf Untersuchungen über das Hirngewicht bei Paralyse im Vergleich zu dem bei anderen Psychosen. Er vergleicht hierbei die Resultate aus der Friedrichsberger Anstalt mit denen aus der Stephansfelder (in Klammern). Durchweg sind die Stephansfelder Gehirne schwerer, was jedenfalls zum Theil an der Verschiedenheit der Wägung liegt: In Friedrichsberg wurden die Gehirne in zerlegtem Zustande mitsammt den weichen Häuten gewogen, in Stephansfeld ohne die weichen Häute, aber mit Flüssigkeit.

Aus 20 (13) Jahrgängen aus 830 (235) Fällen berechnet betrug das Durchschnittsgewicht für Männer 1201 (1440,9) gr, für Frauen 1120,2 (1244,6) gr; das leichteste Männerhirn wog 842 (975) gr, das leichteste Frauenhirn 845 (970) gr, das schwerste Männerhirn 1765 (1919) gr, das schwerste Frauenhirn 1450 (1470) gr. Das Durchschnitts-Paralytikergehirn, aus der Gesammtzahl beider Anstalten zusammen berechnet, wog 1274,15 gr.

Bei Epileptikern folgende Resultate aus 76 (63) Fällen: Männliches Durchschnittsgewicht 1378,9 (1508,3), weibliches 1183,5 (1364,5), niederstes Gewicht bei Männern 1065 (1280), bei Frauen 985 (1165); höchstes Gewicht bei Männern 1720 (1830). Durchschnittsgewicht aus beiden Anstalten 1358,8 gr, also 84 gr schwerer als das Durchschnittsgewicht bei Paralyse.

Bei Idiotie oder vielmehr Imbecillität aus 19 (18) Fällen: Männliches Durchschnittsgewicht 1284,3 (1453,9) gr, weibliches 1100,8 (1278) gr.

Für alle zusammen im Durchschnitt 1283,8, also um 9,65 gr schwerer als bei Paralyse.

Bei anderen Formen von Psychosen aus 552 (518) Fällen: Männliches Durchschnittsgewicht 1330,3 (1519,3), weibliches 1175,5 (1350,6); niederstes männliches Gewicht 980 (1120), weibliches 885 (1010), höchstes männliches Gewicht 1675 (2103). In ihren Minimalwerthen nähert sich diese Gruppe sehr der Paralyse, im Maximalwerth aber steht sie an der Spitze. Das Durchschnittsgewicht aus beiden Anstalten beträgt 1301,9, also 27,75 gr mehr als bei Paralyse.

Diese Resultate bei Hirnwägungen Geisteskranker verglichen mit den Zahlen, die Rob. Boyd als Mittelzahlen für normale Menschen aufstellte (für Männer 1376, Frauen 1246, Durschschnitt 1311) lassen die Behauptung gerechtfertigt, dass das Durchschnittsgewicht des Gehirns des Geisteskranken das des normalen Menschen erreicht, wenn nicht übersteigt.

Die Arbeit enthält eine Anzahl sehr übersichtlicher Tabellen.

Wolff (Münsterlingen).

---

103) **Wulff**-Langenhagen: Die Hypoplasie des Herzens bei Geistesschwachen.

(Allg. Zeitschr für Psychiatrie, Bd. 51.)

Verf. hat bei 123 Sectionen Geistesschwacher Herzwägungen vorgenommen: sämmtliches Blut und Gerinnsel wurde entfernt und die grossen Arterien möglichst nahe am Herzen abgetrennt. Er fand, dass bei Geistesschwachen das Herzgewicht gegen das der Gesunden zurücksteht und auch mit zunehmendem Alter dahinter zurückbleibt. An hinzugefügten Tabellen und Curven, in denen Körperlänge und Körper-, Hirn- und Herzgewicht verglichen sind, wird diese Erfahrung veranschaulicht. Ferner gelangt Verf. zu dem Resultat, dass die mangelhafte Herzentwicklung nicht durch die des Gehirns bedingt ist; es besteht auf allen Entwicklungsstufen ein Missverhältniss zwischen Herz und Hirn, und das kommt daher, dass, nachdem das Gehirn bis zu einer gewissen Grösse herangewachsen ist, das hypoplastische Herz ihm nicht mehr genug Blut zuführen, es nicht mehr auf der gehörigen Stufe erhalten kann. Die Verminderung des Herzgewichts beruht, nach W., auf keiner besonderen Ursache, sie ist ein in der ursprünglichen Anlage bereits gegebener Zustand und von nicht geringer Bedeutung für die Aetiologie der Geistesschwäche. Wolff.

---

104) **D. E. Jacobson**: Ueber Autointoxications-Psychosen.

(Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd 51.)

Nach Bouchard ist unser Körper „un réceptacle et un laboratoire de poisons“. Werden diese Gifte im Körper zurückgehalten, so entstehen körperliche Krankheiten. Aber auch Psychosen können auf diese Weise eintreten, und Verf. hat die Bemerkung gemacht, dass dieselben stets das Bild der acuten Verwirrtheit bieten. Er führt zunächst 2 Fälle von Psychosen bei Nervenkrankheiten an und zeigt, dass mit der Besserung und Verschlimmerung der letzteren die Psychose gleichen Schritt hält; auch kann diese vikariirend für die urämischen Anfälle auftreten und besteht in acuter Verwirrtheit. Verf. bestreitet Cullere's Behauptung, dass in

solchem Falle jede Art von Psychose auftreten könne. Mehrere, in diesem Sinne von Hagen citirte Fälle bieten ein zufälliges Zusammentreffen von Psychose und Nierenkrankheit, kein causales. Folgen nun 3 Fälle von acuter, gelber Leberatrophie, in deren einem der maniakalisch-verwirrte Zustand 3 Monate dauerte; darauf ein bereits von Seegen veröffentlichter Fall von Diabetes mellitus mit nur kurz dauerndem maniacalischen Zustand. Von 2 Fällen mit Verdauungsstörungen ist besonders der eine interessant, in welchem nach einem öfters repetirenden Magencatarrh eine acute Verwirrtheit folgt, die nach längerer Dauer auf energische Magenbehandlung weicht. Zum Schlusse bringt dann Verf. noch 2 Fälle von Verwirrtheit bei Krankheiten, die mit Cyanose einhergehen; im ersten ist Morbus cordis die Ursache, im zweiten schliesst sich an einen Suicidversuch durch Ertränken ein verwirrter stuporöser Zustand, der, wie es scheint, allmählich in Demenz überging; die betreffende Person war früher ganz gesund. Ausser bei den genannten Zuständen finden sich noch psychische Störungen bei Leiden der glandula thyreoidea, Morbus Basedowii etc.

Diese Art von Psychosen bildet ätiologisch und klinisch eine Unterabtheilung der toxischen Psychosen, die in folgende Gruppen einzutheilen sind: 1. Psychosen durch Vergiftung mit einem chemischen Stoff (z. B. Alcohol), 2. Infectionspsychosen, 3. Autoinfectionspsychosen.

Wolff.

---

105) Prof. **Silvio Ventuni:** Folie blenorragique et pyophrénies.
(Annales médico-pscholoɡiques 1895, Nr 2. p. 196 ff.)

Verf. hat bereits in seiner früheren Arbeit „follia blenorragica“ auf die wichtige Rolle hingewiesen, die nach seiner Meinung die Gonorrhoe in der Aetiologie gewisser Psychosen, namentlich der Hebephrenie, spielt. Er ist der Ansicht, dass der Gonococcus Neisser in gleicher Weise wie an anderen serösen Membranen, so auch an den Meningen seine Wirkung äussern und einen serösen Erguss in den Subarachnoidealraum verursachen könne und dass letzterer der Anlass zum Ausbruch einer Psychose sei. Solche Ergüsse können heilen, ohne das Gehirn und seine Functionen zu schädigen, sie können allerdings auch zu bleibenden Störungen Anlass geben, wenn sie nicht ganz resorbirt werden oder wenn zugleich auch die Hirnrinde in einen mehr oder weniger starken entzündlichen Zustand geräth.

Auf Grund neuer Beobachtungen erweitert nun Verf. seine Ansicht dahin, dass auch andere eitrige Ausflüsse, die nicht gonorrhoischer Natur sind, den Ausbruch einer Geistesstörung veranlassen können und zwar auch bei Erwachsenen, die über das Alter der Hebephrenischen hinaus sind. Für solche, mit eitrigem Ausfluss aus den Uro-genitalorganen einhergehenden bezw. durch diesen bedingten Psychosen wählt er die Bezeichnung pyophrénies und unterscheidet hier nach der Art des Ausflusses 3 Gruppen: 1. Geistesstörung, durch gonorrhoischen Ausfluss bedingt; 2. Geistesstörung, durch eitrigen, aber nicht gonorrhoischen Ausfluss veranlasst; 3. Geistesstörung bei eitrigem Ausfluss unbekannter Natur.

In den 7 von Verf. hier mitgetheilten Beobachtungen, in denen eine Geistesstörung im Anschluss an eine Tripperaffection oder im Anschluss an das Auftreten eines anderen eitrigen Ausflusses ausbruch, handelt es sich nun um Personen, die entweder stark belastet waren oder die schon früher

einmal psychisch erkrankt gewesen waren, ferner um solche, die unter dem Einfluss anderer prädisponirender Momente standen, wie Alcoholismus, Climacterium, Puerperium, Lactation oder bei denen solche Momente mit starker erblicher Belastung zusammentrafen.

Verf. geht demnach entschieden zu weit, wenn er bei diesen Fällen einen causalen Zusammenhang zwischen Geistesstörung und Blenorrhoe annimmt, zumal wenn er meint, dass eine Dementia paralytica, die einige Tage nach einem Tripper auftritt, wie in der ersten Beobachtung, durch diesen bedingt sei. H. Kauffmann (Sonnenstein).

---

106) **Thoma**-Illenau: Ueber einen Fall von Menstruationspsychose mit periodischer Struma und Exophthalmus.

(Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 51.)

Nicht so sehr, um den Einfluss der „Menstruationswelle" auf das gesammte Nervensystem zu verdeutlichen, theilt Verf. vorliegenden Fall mit, sondern vielmehr, weil die dabei auftretenden, höchst interessanten körperlichen Erscheinungen ihm für die in neuerer Zeit behauptete circulatorische Bedeutung der Schilddrüse einen weiteren Beleg zu geben scheinen und andererseits die Bedeutung gewisser circulatorischer Verhältnisse für das Zustandekommen gewisser psychischer Erscheinungen daraus erhellt.

Ein 17jähriges Mädchen wird während des erstmaligen Eintretens der Menstruation in Folge einer Gemüthsbewegung krank. Nach einigen Monaten Aufnahme in die Anstalt, daselbst ein Jahr lang Stupor mit wechselnder Intensität und nach einer Moria-Phase Heilung.

Ca. 8 Jahre nach Beginn der ersten Erkrankung 2. Aufnahme; abermals Stupor. Dieses Mal wird der gleichmässige Verlauf des Stupors von kurzen, einige Tage dauernden Erregungszuständen unterbrochen, welche jedesmal nach Eintritt der menstrualen Blutung auftreten. Dabei noch folgende merkwürdige Erscheinung: Während des Intermenstruums, also auch des Stupors, starke Schwellung der Schilddrüse und Exophthalmus, beides besonders linkerseits. Während des Erregungszustandes Nachlass beider Erscheinungen. Auch innerhalb des Intermenstruums kommt es, synchron mit den Schwankungen der normalen Wellencurve, zuweilen zu plötzlichen, stundenlang dauernden Erregungszuständen, und diesen geht gewöhnlich Nasenbluten voraus.

Nachdem Verf. hervorgehoben hat, dass nach G. Burckhardt eine ungleiche Arbeitsvertheilung in den verschiedenen Gefässgebieten physiologisch vorkommt und dass ferner in dem vorliegenden Falle, gemäss der klinischen Beobachtung, die Menstruation an den Schwankungen genetischen Antheil hat, giebt er folgende Erklärung:

Während der Depression besteht im Carotisgebiet durch Parese der Gefässnerven eine Ueberfüllung des venösen Systems (dafür spricht auch das Nasenbluten). Die Herzaction ist während dieser Phase schwach, wie die sphygmogr. Curven nachweisen, und kann das Hinderniss nicht bewältigen. Nach Eintritt der Menstruation erfolgt eine vasomotorische Erregung der Gefässnervenapparate (reflectorisch?), der Druck steigt, die vis a tergo überwindet das Hinderniss. Vorstehende Erwägung wird durch die Beobachtung unterstützt, dass eine 10tägige Digitalis-Darreichung den Stupor zum

Verschwinden brachte; danach trat er wieder auf. Nach Verf. bildet also sowohl die Augenhöhle wie die Schilddrüse, beide ein Receptaculum für das aus dem Schädel fortgedrängte Blut. Ob der Vorgang rein mechanisch ist oder ob zugleich eine Art „Selbststeuerung" der Natur dabei im Spiele ist, bleibt vorerst dahingestellt. Wolff.

---

107) **Felkin**: Note of loss of memory following a fall.
(Edinbourgh med. Journal. August 1895.)

F. berichtet von einem 32jährigen Manne, welcher nach einem Fall für 24 Stunden das Bewusstsein verlor. Er konnte gehen und sprechen, sich aber auf die einfachsten Dinge nicht besinnen.

Bielschowsky (Breslau).

---

108) **Bell**: Further note on a form of loss of memory occasionally following cranial injuries.
(Edinbourgh med. Journal. Mai 1895.)

Vor mehr als 12 Jahren hatte Verf. im „Edinbourgh med. Journal" mehrere Fälle veröffentlicht, bei denen nach einer Schädelverletzung das Gedächtniss für alle Ereignisse, welche kurz vor dem Unfall lagen, vollständig verloren gegangen war. Verf. ist in der Lage, diesen Fällen jetzt einen neuen hinzufügen zu können. Ein 16jähriger kräftiger Bursche war beim Fussballspiel von dem Ball am Hinterhaupt getroffen worden. Er blieb einige Stunden bewusstlos, war dann ängstlich, leicht benommen und hatte Kopfschmerzen. Nach einigen Tagen war er vollständig hergestellt; es zeigte sich aber jetzt, dass ihm die Erinnerung an das Spiel, an seine Verletzung und an alle Dinge, die 3 Stunden vor dem Unfall sich zugetragen hatten, vollständig abhanden gekommen war.

Bielschowsky (Breslau)

---

109) **van Deventer** (Meerenberg): Melancholie, die nach einem schleppenden somatischen Leiden an Stelle einer mehrjährigen paranoia persecutaria originaria getreten ist. (Een geval van melancholia onder den invloed van een slepend organisch lijden in de plaats getreden van een sedert jaren bestaande paranoia etc.)
(Psychiatr Bladen XII, 2)

Nach 23 Jahre dauernder Paranoia entwickelt sich pari passu mit Phthise eine Angstmelancholie, die 4 Jahre, bis zum Tode, anhält.

Kurella.

---

110) **H. Dagonet**: Observations sur les délires associés et des transformations de délire.
(Annales médico-psychologique 1895, p. 5 ff.)

Der Verf. berichtet über Krankheitsfälle, bei denen gleichzeitig verschiedenartige Wahnideen bestanden und über solche, bei denen die wahnhaften Anschauungen nach einiger Zeit ihrem Inhalt nach eine vollständig veränderte Färbung annahmen. Er fand das erstere bei der Paralyse, bei Alcoholismus, bei Schwachsinn, bei den délires d'emblé hallucinatoires, den délires systématisés chroniques und bei der dégénérescence mentale.

Die Transformation, die bei verschiedenen Psychosen wohl dann ein-

tritt, wenn es zu psychischer Schwäche kommt, findet sich abgesehen hiervon bei der folie circulaire.

Georg Ilberg (Sonnenstein).

2. Specielle Psychopathologie.

111) **Feige** (Niesky): Die Geistesstörungen der Epileptiker. (V. f. ger. Med. 1895, H. 2 u. 3.)

Die vorliegende Arbeit sucht auf umfassender litterarischer Basis ein Bild der Geistesstörungen der Epileptiker zu geben unter besonderer Betonung des forensischen Momentes. — Es wird in der Einleitung zwischen bleibenden und vorübergehenden Störungen unterschieden, zu ersteren der epileptische Character und der Blödsinn gerechnet, die vorübergehenden sind Vorläufer des Anfalls oder Ersatz desselben. Ref. braucht kaum zu bemerken, dass diese Gegenüberstellung wenig zutreffend ist, da der „epileptische Character" auch den mit vorübergehenden Störungen Behafteten meist und in höherem Grade eigen ist. Neben dem epileptischen Character, den aura-artigen Zuständen, werden die Dämmerzustände und die psychischen Aequivalente eingehend erörtert.

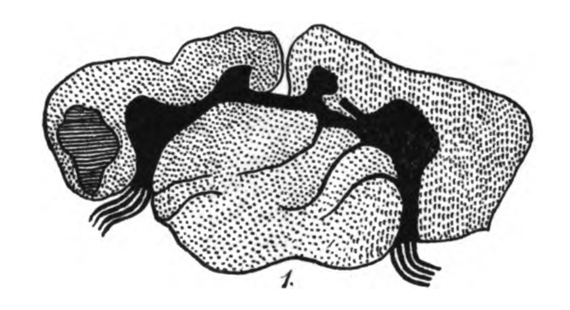
Der Verf. stellt sich hier auf den — wohl allgemein acceptirten — Standpunkt, dass letztere auch ohne alle epileptischen Antecedentien auftreten können; in diesem Zusammmenhange hätte die sog. Mania (oder delirium) transitoria Erwähnung finden können, die gerade gerichtsärztlich von hervorragender Wichtigkeit und zweifelsohne der Epilepsie zuzurechnen ist.

Die Schlusssätze des Verf. werden kaum Widerspruch erfahren; es sei nur der das Bewusstsein betreffende hier herausgegriffen: „Das Bewusstsein ist während des epileptischen Irreseins (soll wohl heissen „Anfalls", Ref.) nicht aufgehoben, nur sind die Beziehungen desselben zur Aussenwelt verändert und die Bewusstseinsintensität ist herabgesetzt."

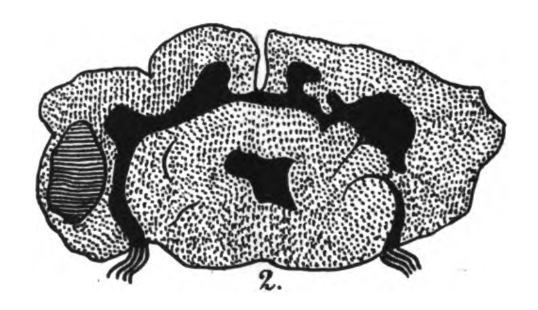
Pollitz (Brieg).

Berichtigung.

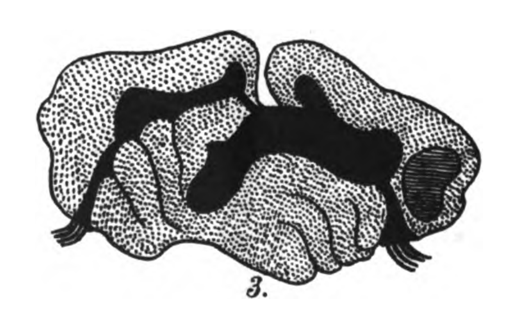
Durch ein Versehen ist auf dem Titelblatt des Centralblattes als Redaction „Dr. med. R. Sommer und Dr. H. Kurella" angegebn worden. Herr Sommer hat die Redaction im April vorigen Jahres an Herrn Dr. Kurella zurückgegeben.



1.



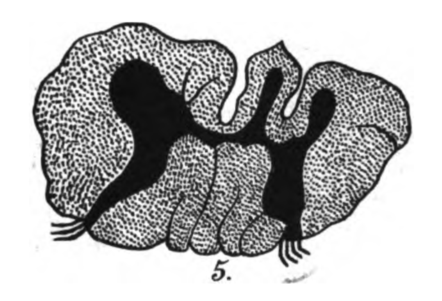
2.



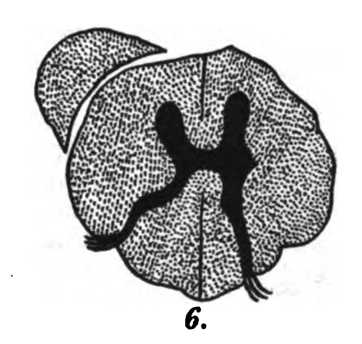
3.



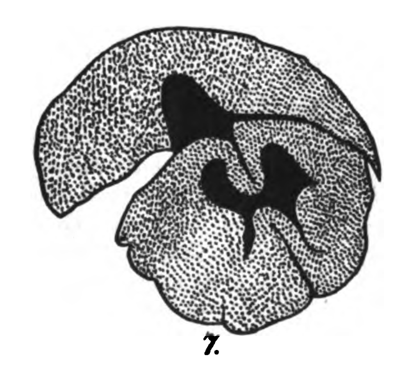
4.



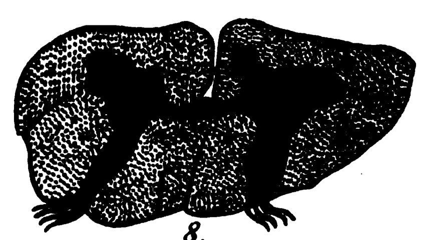
5.



6.



7.



8.

Beilage
zum
Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.
März-Heft 1896.

Anlage, Bau und Einrichtung von öffentlichen und Privat-Kranken-, Entbindungs- und Irren-Anstalten.

Polizeiverordnung des Königlichen Regierungspräsidenten zu Sigmaringen vom 12. November 1895.

Zugleich Entwurf eines unter dem 19. August d. J. von den H. Ministern der u. s. w. Medicinalangelegenheiten, des Innern und des Ministers für Handel und Gewerbe sämmtlichen Oberpräsidenten mitgetheilten Erlasses, der durch Polizeiverordnungen in sämmtlichen Provinzen zur Durchführung gelangen soll.

Auf Grund der §§ 6, 12 und 15 des Gesetzes über die Polizeiverwaltung vom 11. März 1850 (G.-S. S. 265) und des § 137 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 (G.-S. S. 195) wird hiermit unter Zustimmung des Bezirksausschusses für den Umfang der Hohenzollern'schen Lande nachstehende Polizei-Verordnung erlassen.

Im Sinne dieser Verordnung werden die Krankenanstalten unterschieden:
als grosse Anstalten mit mehr als 150 Betten,
mittlere mit 150 bis 50 Betten,
kleine mit weniger als 50 Betten.

Für die Anlage, den Bau und die Einrichtung von öffentlichen und Privat-Kranken-, Entbindungs- unn Irren-Anstalten, sowie für den Umbau und die Erweiterung bestehender Anstalten dieser Art gelten folgende Vorschriften:

I. Anlage und Bau.

§ 1. Die Krankenanstalt muss thunlichst frei und entfernt von Betrieben liegen, welche geeignet sind, den Zweck der Anstalt zu beeinträchtigen. Der Baugrund muss in gesundheitlicher Beziehung einwandfrei sein.

Die Frontwände der Krankengebäude müssen untereinander mindestens 20 m und von anderen Gebäuden mindestens 10 m entfernt bleiben.

Vor den Fenstern der Krankenzimmer muss mindestens ein solcher Freiraum verbleiben, dass die Umfassungswände und Dächer gegenüberliegender Gebäude nicht über eine Luftlinie hinausgehen, welche in der Fussbodenhöhe der Krankenzimmer von der Frontwand aus unter einem Steigungswinkel von 30 Grad gezogen wird. Wenn diese Fenster benachbarten, nicht zur Anstalt gehörigen Grundstücken gegenüberliegen, so sind an der Grenze dieser Grundstücke Gebäude von der grössten, nach den örtlichen Bauordnungen zulässigen Höhe auch dann als vorhanden anzunehmen, wenn die Grenzen unbebaut oder nicht bis zur zulässigen Höhe bebaut sind.

Bei Einzelbauten (sogenanntes Corridorsystem) sind rings umschlossene Höfe unzulässig.

§ 2. Flure und Gänge müssen mindestens 1,80 m breit sein; die Gänge sollen in der Regel einseitig angelegt werden. Mittelgänge sind nur

unter der Bedingung zulässig, dass sie reichliches Licht unmittelbar von aussen erhalten und gut lüftbar sind.

§ 3. Die für die Aufnahme von Kranken bestimmten Räume müssen mindestens 1 m über dem höchsten bekannten Grundwasserstande liegen und in der ganzen Grundfläche gegen das Eindringen von Bodenfeuchtigkeit gesichert sein.

Räume, deren Fussboden unter der anschliessenden Erdoberfläche liegt, dürfen mit Kranken nicht belegt werden.

Krankenzimmer, welche das Tageslicht nur von einer Seite erhalten, dürfen nicht nach Norden liegen.

Die Wände in Operations- und Entbindungszimmern, sowie in solchen Räumen, in welchen Personen mit ansteckenden Krankheiten untergebracht werden, sind zur Erleichterung der Desinfection glatt und mit abgerundeten Ecken herzustellen.

§ 4. Die Treppen sollen feuersicher und mindestens 1,30 m breit sein, die Stufen mindestens 28 cm Auftrittsbreite und höchstens 16 cm Steigung haben. Die Treppenhäuser müssen Licht und Luft unmittelbar von aussen erhalten.

Die Fussböden aller von Kranken benutzten Räume sind möglichst wasserdicht herzustellen.

§ 5. Die Krankenzimmer, alle von den Kranken benutzten Nebenräume, Flure, Gänge und Treppen müssen mit Fenstern versehen werden; die Fensterfläche soll in Krankenzimmern mindestens 1,5 qm auf jedes Bett einschliesslich der Lagerstellen für Wärter betragen.

§ 6. Für jedes Bett (Lagerstelle) ist in Zimmern für mehrere Kranke ein Luftraum von mindestens 35 cbm bei 10 qm Bodenfläche und in Einzelzimmern von mindestens 45 cbm bei 10 qm Bodenfläche zu fordern.

Mehr als 30 Betten (Lagerstellen) dürfen in einem Krankenzimmer nicht aufgestellt werden.

II. Innere Einrichtung.

§ 7. In jeder Krankenanstalt muss für jede Abtheilung oder für jedes Geschoss mindestens ein geeigneter Tageraum für zeitweise nicht bettlägerige, in gemeinsamer Pflege befindliche Kranke eingerichtet werden, dessen Grösse auf mindestens 2 qm für das Krankenbett zu bemessen ist.

Ausserdem muss ein mit Gartenanlagen versehener Erholungsplatz von mindestens 10 qm Fläche für jedes Krankenbett vorgesehen werden.

§ 8. Für Irrenanstalten gilt anstatt der Bestimmungen in dem § 6 Absatz 1 und § 7 Folgendes:

1. In Anstalten mit mehr als 10 Betten müssen ausnahmslos Tageräume und Erholungsplätze vorgesehen werden.

2. Bei Anstalten, welche Tageräume haben, darf die Grösse des Luftraumes in den Schlafzimmern für den Kopf nicht unter 20 cbm bei 3 bis 4,5 m lichter Höhe betragen; ausserdem müssen in den Tageräumen bei gleicher Höhe mindestens 4 qm Grundfläche für den Kopf vorhanden sein. Bei Kranken unter 14 Jahren genügen für den Kopf in den Schlafzimmern 15 cbm Luftraum, in den Tageräumen 3 qm Grundfläche.

3. Anstalten, welche keine Tageräume haben, müssen für jeden Kranken 35 cbm Luftraum, bei Personen unter 14 Jahren je 24 cbm Luftraum darbieten.

4. Befinden sich in der Anstalt bettlägerige, laute, sich vernachlässigende oder nicht saubere Kranke, so muss für jeden derselben in den Schlaf-

zimmern mindestens 35 cbm Luftraum, für jeden nicht Bettlägerigen 5 qm Grundfläche in den Tageräumen vorhanden sein. Bei Kranken solcher Art unter 14 Jahren genügen für den Kopf in den Schlafzimmern 27 cbm Luftraum und für jeden nicht Bettlägerigen in den Tageräumen 4 qm Grundfläche.

5. Zur Absonderung störender Kranker muss mindestens ein Einzelraum vorhanden sein, dessen Luftraum nicht unter 40 cbm betragen darf.

Der Erholungsplatz muss schattig sein und mindestens 30 qm Fläche für den Kopf enthalten.

§ 9. Allen Krankenzimmern und von Kranken benutzten Nebenräumen ist während der Heizperiode frische vorgewärmte Luft aus dem Freien zuzuführen. Die verbrauchte Luft muss in geeigneter Weise abgeführt werden. Als Mindestmass der Lufterneuerung sind 40 cbm für jedes Bett (Lagerstelle) in der Stunde zu fordern.

§ 10. Der obere Theil der Fenster der Krankenzimmer, der von den Kranken benutzten Nebenräume, der Flure, Gänge und Treppen muss leicht zu öffnen sein und mit Lüftungseinrichtungen versehen werden.

§ 11. Für alle Krankenzimmer, von Kranken benutzten Nebenräume, Flure und Gänge muss in genügender Weise gleichmässige Erwärmung vorgesehen werden. Hierbei ist jeder Belästigung durch strahlende Wärme vorzubeugen und jede Staubentwicklung bei der Bedienung der Heizeinrichtung, jede Ueberhitzung der Luft an den Heizflächen und jede Beimengung von Rauchgasen auszuschliessen.

§ 12. Für jedes Krankenbett müssen mindestens 300 Liter gesundheitlich einwandfreies Wasser geliefert werden können. Sollte die Beschaffung dieser Menge mit besonderen Schwierigkeiten verbunden sein, so kann das Maass bis auf 150 Liter verringert werden.

Die Wasserbezugsquelle, sowie die dazu gehörige Leitung sind nach Lage und Fassung gegen jede Verunreinigung durch Krankheits- oder Abfallstoffe zu sichern.

§ 13. Die Entwässerung und die Entfernung der Abfallstoffe muss in gesundheitlich unschädlicher Weise erfolgen.

Die Fäkalien sind durch Abfallrohre entweder mittelst Abfuhr oder mittelst Schwemmung unter Wahrung der Reinheit der Luft in den Gebäuden und unter Verhütung jeder Bodenverunreinigung zu beseitigen.

Abtrittsgruben sind unzulässig.

Trockene Abfälle und Kehricht sind in dichten verschliessbaren Gruben oder Behältern zu sammeln und so abzufahren, dass keine Ueberfüllung der Behälter eintritt.

Ansteckungsgefährliche Auswurfsstoffe müssen sofort unschädlich beseitigt werden.

§ 14. Die Aborte sind von den Krankenzimmern durch einen Vorraum zu trennen, welcher, wie der Abort selbst, hell, lüftbar und heizbar sein muss.

§ 15. In jeder Krankenanstalt ist bei einer Belegzahl bis zu 30 Betten mindestens ein Baderaum für ein Vollbad, bei einer grösseren Belegzahl für mindestens je 30 Betten ein Baderaum zu beschaffen.

§ 16. In Krankenanstalten, in welchen chirurgische Operationen ausgeführt zu werden pflegen, ist bei einer Belegzahl von mehr als 50 Betten mindestens ein besonderes Operationszimmer einzurichten.

Ein solches kann auch bei kleineren Anstalten nach Lage der Verhältnisse verlangt werden.

§ 17. In Entbindungsanstalten mit mehr als 4 Betten ist ein besonderes Entbindungszimmer einzurichten.

III. Nebengebäude.

§ 18. Für grosse und mittlere Anstalten sind die Wirthschaftsräume in einem besonderen Gebäude unterzubringen.

§ 19. Jede Krankenanstalt muss eine eigene, ausschliesslich für deren Insassen bestimmte Waschküche haben.

Inficirte Wäsche darf ohne vorherige Desinfection nicht ausserhalb der Anstalt gereinigt werden.

§ 20. Für grosse und mittlere Anstalten ist in einem besonderen, nur für diesen Zweck bestimmten Gebäude eine geeignete Desinfectionseinrichtung vorzusehen, sofern nicht am Orte oder in dessen Nachbarschaft eine öffentliche Desinfectionsanstalt zur Verfügung steht.

§ 21. Zur Unterbringung von Leichen ist in allen Anstalten ein besonderer Raum herzustellen, welcher lediglich diesem Zwecke dient und dem Anblick der Kranken möglichst entzogen ist. Für grosse und mittlere Anstalten ist ein besonderes Leichenhaus mit Sectionszimmer erforderlich.

Leichenhaus und Desinfectionshaus dürfen unter einem Dach unter der Voraussetzung angeordnet werden, dass beide Anlagen durch eine vom Erdboden bis zur Dachfirst reichende massive, undurchbrochene Wand getrennt werden.

IV. Unterbringung der Kranken.

§ 22. In allen Anstalten müssen männliche und weibliche Kranke, abgesehen von Kindern bis zu 10 Jahren, in getrennten Räumen, in grossen und mittleren Anstalten in getrennten Abtheilungen untergebracht werden.

§ 23. Für Kranke, welche an ansteckenden, insbesondere acuten Krankheiten leiden, sind in grossen und mittleren Krankenanstalten ein oder mehrere Absonderungshäuser, in kleinen Anstalten mindestens abgesonderte Räume, wenn möglich in besonderen Stockwerken vorzusehen.

In Irrenanstalten muss mindestens ein Zimmer für ansteckende Erkrankungen zu Gebote stehen.

§ 24. In öffentlichen, sowie in grossen und mittleren Privat-Kranken-Anstalten muss für die vorübergehende Unterbringung eines Geisteskranken ein geeigneter Raum mit der erforderlichen Einrichtung vorhanden sein.

§ 25. Zur Feststellung von ansteckenden Krankheiten ist in grossen und mittleren Anstalten eine eigene Beobachtungstation einzurichten.

V. Schluss- und Strafbestimmungen.

§ 26. Die Vorschriften der örtlichen Baupolizeiordnungen bleiben insoweit in Kraft, als sie nicht durch die vorstehenden Bestimmungen abgeändert werden.

§ 27. Von den Bestimmungen des § 1, Absatz 1—3, der §§ 2, 4, 7, 9, 12 Absatz 1, §§ 16, 19, Absatz 1, §§ 20, 21 Absatz 2 kann der Regierungspräsident in besonderen Fällen Ausnahmen zulassen.

§ 28. Zuwiderhandlungen gegen diese Polizeiverordnung werden, sofern nach den bestehenden Gesetzen keine höhere Strafe verwirkt ist, mit Geldstrafe bis zu 60 Mark, eventuell verhältnissmässiger Haft geahndet.

Daneben bleibt die Polizeibehörde befugt, die Herstellung vorschriftsmässiger Zustände herbeizuführen.

Inhalt des März-Hefts.

I. Originalien.

II. Original-Vereins-Berichte.

III. Bibliographie.

IV. Referate u. Kritiken.

A. Anatomie und Physiologie.

1. Anatomie.

2. Physiologie.

B. Nervenheilkunde.

I. Allgemeine Pathologie.

II. Specielle Pathologie

a) Gehirn.

Nr. 89) Kaiser: Zur Kenntniss der Poliencephalomyelitis acuta.

N. 90) Kalischer: Ein Fall von subacuter nuclearer Ophthalmoplegie und Extremitätenlähmung mit Obductionsbefund.

Nr. 91) Dinkler: Mittheilung eines tödtlich verlaufenen Falles von traumatischer Gehirnerkrankung (allgemeine Unruhe, Schwachsinn, Sprachstörungen etc.) mit dem anatomischen Befunde einer Poliencephalitis hämorrhagica inferior acuta.

Nr. 92) Rakowicz: Ein Fall von beiderseitiger Stauungspapille und einseitiger Abducenslähmung bei otitischer Meningitis.

Nr. 93) Blessig: Ein Fall von gummöser Erkrankung der Orbita, der mittleren Schädelgrube und des Gehirns.

Nr. 94) Cornil u. Durante: Encéphalopathie grippale.

Nr. 95) Barbour: On a case with symptoms simulating hysteria in pregnancy, going on to apparent dementia; brain-lesion found on post-mortem, Chi'd still born with contractures.

Nr. 96) Passow: Ein Fall von perniciösem Abscess mit Sinusthrombose mit Ausgang in Heilung

Nr. 97) Boedeker: Zur Kenntniss der acuten alcoholischen Ophthalmoplegien.

b) Neurosen und familiale Erkrankungen.

Nr. 98) Unverricht: Ueber familiäre Myoclonie.

Nr. 99) Souques: Contribution à l'étude de la forme familiale de la paraplégie spasmodique spinale.

C. Psychiatrie.

I. Pathologische Anatomie und allgemeine Pathologie.

Nr. 100) Geill: Gehirnwägungen.

Nr. 101) Schlöss: Anatomische Studien an Gehirnen Geisteskranker.

Nr. 102) Käs: Statistische Zusammenstellung der macroscopischen Veränderungen des Centralnervensystems an der Leiche bei allgemeiner Paralyse.

Nr. 103) Wulff: Die Hypoplasie des Herzens bei Geistesschwachen.

Nr. 104) Jacobson: Ueber Autointoxications Psychosen.

Nr. 105) Ventuni: Folie blenorrhagique et pyophrénie.

Nr. 106) Thomas: Ueber einen Fall von Menstruationspsychose mit periodischer Struma und Exophthalmus.

Nr. 107) Felkin Note of loss of memory following a fail.

Nr. 105) Bell: Further note on a form of loss of memory occasionally following cranial injuries.

Nr. 109) van Deventer: Melancholie die nach einem schleppenden somatischen Leiden an Stelle einer mehrjährigen paranoia persecutaria originaria getreten ist.

Nr. 110) Dagonet: Observations sur les délires associés et ses transformations.

II. Specielle Psychopathologie.

Nr. 111) Feige: Die Geistesstörungen der Epileptiker.

Beilage:

Polizeiverordnung über Anlage, Bau und Einrichtung von öffentlichen u. Privat-Kranken-, Entbindungs- und Irrenanstalten.



CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.
Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XIX. Jahrgang. 1896 April. Neue Folge VII. Bd.

I. Originalien.

I.
Die überwerthigen Ideen.

Von Dr. J. L. A. Koch in Zwiefalten.

Wernicke hat vor einigen Jahren die Gruppe der circumscripten Autopsychosen aufgestellt und den Begriff der überwerthigen Idee in die Psychiatrie einzuführen gesucht. Da hätte man also, wenn Wernicke Recht hätte, Psychosen, wo fixe Ideen vorliegen und wo sonst nichts vorliegt, wenigstens nichts, das noch in Betracht käme. Man hätte, wenn man so will, wirklich eine Form der alten, verflossenen „partiellen“ Verrücktheit.

Dieser Lehre wurde im Allgemeinen entschieden widersprochen. Und wo sich etwa einige Zustimmung hervorwagte, hat die Zustimmung doch mehr einer Ablehnung gleichgesehen. Kurz, jene Aufstellungen Wernicke's können heutzutage als von der Psychiatrie abgelehnt und ad acta gelegt betrachtet werden.

Mit solchem Widerspruch hat man aber, wie ich glaube, der Sache Unrecht gethan. Ich habe mich von Anfang an anders zu ihr gestellt. Nach meinen Anschauungen und Erfahrungen steckt in der Lehre Wernicke's ein wahrer Kern, dessen Feststellung die Psychiatrie zu fördern geeignet ist, und ist bei diesem Stück der Irrthum Wernicke's fruchtbarer als das meiste von dem, was Wernicke entgegengehalten wurde.

Wenn es hier auf eine Stellungnahme im Grossen und Ganzen ankommt, so stelle ich mich auf die Seite von Wernicke und nicht auf die seiner Gegner. Dagegen wird sich allerdings diese Lehre einige Rectification gefallen lassen müssen, nur aber eine bessere, als aus den Auslassungen derer zu schöpfen wäre, die bei diesem Stück Gegner von Wernicke sind.



Dass überwerthige Ideen im Sinne von Wernicke vorkommen, daran ist mir kein Zweifel. Aber Wernicke scheint mir vor Allem den Fehler gemacht zu haben, einmal, dass er bei seinen Fällen den Boden, worauf sich die überwerthigen Ideen erhoben hatten, nicht immer genau genug ansah, sodann, dass er bei den Fällen, die er zur Illustrirung seiner Anschauungen mittheilte, Wahndenken und Zwangsdenken nicht auseinanderhielt. Wo aber die überwerthige Idee nur desshalb da ist, weil ein krankhafter Boden, auf dem sie sich entwickeln konnte, schon vorher bereit war, da kann die Idee zwar immer noch überwerthig sein, aber sie ist nicht das Einzige; und wo bloss ein Zwangsgedanke vorliegt und im Uebrigen nichts Psychotisches da ist, da ist keine Psychose vorhanden und kein fixer Wahn.

Ich will das gleich durch die Mittheilung von zwei Fällen näher beleuchten, die an gewisse Fälle von Wernicke anklingen.

An den einen der beiden Fälle, der mich vor mehr als 20 Jahren beschäftigte, erinnere ich mich nicht mehr ganz genau. Ich habe aber noch die bestimmte Vorstellung, dass es sich dabei wirklich um einen Wahn handelte und dass ich bei der betreffenden Dame ausser ihrem „fixen" Wahn nichts Psychotisches fand, wohl aber Erscheinungen angeborener psychopathischer Belastung, Erscheinungen einer angeborenen psychopathischen Minderwerthigkeit, die sich auch in der betreffenden Zeit ausgesprochen haben, und ausserdem secundäre Reactionen im Gefühlsleben, die an sich selbst nicht krankhaft waren, sondern nur einen krankhaften Anlass hatten. Jenes ältere Fräulein war und blieb unerschütterlich fest davon überzeugt, dass sich merkwürdige kleine Thierchen auf ihrem Körper befinden und sie quälen, d. h. juckende und andere unangenehme Empfindungen bei ihr hervorrufen. Es ist ganz sicher, dass sich zu der Zeit, als sie in meine Behandlung kam, nirgends wirklich solche Thierchen bei ihr fanden; das wurde von mir und ihren Angehörigen zur Genüge festgestellt. Die Sache ging in dieser Weise etwa ein Jahr lang fort, dann kam ein merkwürdiger Zufall der eigentlich nicht hierher gehört, über den ich aber doch auch berichten will. Das gute Fräulein erlebte nämlich den Triumph, dass sie in der That Thierlein auf ihren Körper bekam und in der That merkwürdige Thierlein. Die „Käferlein", die sie mir brachte und die sie der Oberfläche ihres Körpers entnommen hatte, kannte ich nicht; Professor Leydig, damals noch in Tübingen, kannte sie auch nicht; er wies mich an Professor Brauer in Wien und dieser erkannte darin ein gewisses, in Afrika vorkommendes Insect. Und dann ergaben nähere Nachforschungen, dass das Fräulein inzwischen mit den Effecten von Turkos in Berührung gekommen war, die uns der letzte deutsch-französische Krieg als Kriegsgefangene ins Land gebracht hatte.

In diesem Falle lag eine psychotische überwerthige Idee vor und es thut nichts zur Sache, dass diese Idee, was ihren Inhalt betrifft, doch nicht so ganz „fix" war, sondern bezüglich der concreten Einzelheiten wenigstens in etwas dem Gesetze der Variabilität unterlag*). Es thut auch nichts zur

*) Vergl. meine Abhandlung „Die Variabilität der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen" (Z. f. Ps., 42. Bd.) und Kölle „Ueber die Variabiliätt der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen" (ebend., 49. Bd.).

Sache, d. h. es hat die beherrschende Ueberwerthigkeit der Idee nicht vermindert, dass das Fräulein in physiologisch-psychologischer Weise recht angefochten und bekümmert war über die vermeintliche Invasion von quälenden Thierchen. Wichtig aber ist es, dass dasselbe von jeher Erscheinungen von psychopathischer Minderwerthigkeit dargeboten hatte, wie ich das jetzt ausdrücken würde.

An den anderen Fall, einen Fall aus neuerer Zeit, erinnere ich mich noch in allen Einzelheiten genau. Es hat sich dabei ebenfalls um ein psychopathisch belastetes Individuum und zwar um einen älteren Forstwart gehandelt, der zu der Ueberzeugung gelangt war, dass er irgend eine Art von Läusen auf seinem Kopfe habe. Er empfand, wie sich dieselben auf seinem Kopfe bewegten; eben jetzt, bei meiner Berathung, spürte er, wie sie in der Gegend des linken Ohres vom Kopf gegen den Hals hin hüpften. Er griff mit der Hand darnach, bekam aber keine Läuse zu fassen, keine zwischen die Finger, die er eifrig untersuchte. Gesehen, sagte er auf Befragen, habe er auch sonst nie welche, aber seine Haushälterin habe schon welche in seinem Bette gefunden. Ganz gewiss wisse er freilich nicht, ob das, was sie gefunden habe, Läuse gewesen seien, aber es werden doch wohl welche gewesen sein. Dass er Läuse an sich habe, sei sicher; es sei ihm auch schon einmal eine Quecksilbersalbe dagegen verschrieben worden, nur habe sie nichts geholfen und er hätte nun zu meiner Kunst ein besonderes Vertrauen. Ich selbst konnte weder Läuse, noch einen Hautausschlag bei ihm finden. Die Haushälterin, welche ich zu mir bestellte und welche Läuse mitbringen sollte, sagte, dass sie allerdings schon so kleine „Dinger" im Bette ihres Herrn gefunden habe, dass sie aber eben doch nur ausgesehen haben wie kleine „Hautwörgel". Und was sie mitgebracht hatte, das waren in der That bloss „Hautwörgel". Im Uebrigen zweifelte sie an der Existenz der Läuse nicht. Es seien auf sie selbst auch schon welche übergegangen, sie habe schon entsprechende Empfindungen gehabt. Die Haushälterin war durch eine einzige Unterredung völlig zu belehren und war danach sichtlich erleichtert. Sofern ich bei der ersten (und einzigen persönlichen) Berathung des Patienten selbst den Versuch machte, diesen auf richtigere Anschauungen hinzuleiten, bezw. so weit ich sofort eine Differentialdiagnose zwischen Wahndenken und Zwangsdenken anstrebte, so verhielt er sich ziemlich zurückhaltend und etwas unsicher.

Aber es hat sich bei diesem Falle wirklich nur um Zwangsdenken gehandelt, um eine Art dessen, was ich unter der Bezeichnung Zwangsempfindungen näher beschrieben habe*), und um daran sich anschliessendes weiteres Zwangsdenken, denn die Haushälterin, der ein deutlicherer Bescheid und ein entsprechender Auftrag gegeben wurde, hatte es nicht schwer, den Mann zu belehren, und er selbst kam nur deshalb nicht wieder zu mir, „weil er sich schämte" und es nicht mehr nöthig hatte. (Dass es ein anderes ist, Jemand über die Bedeutung seines Zwangsdenkens zu belehren und dieses zu beseitigen, braucht nicht näher ausgeführt zu werden.)

*) Die psychopathischen Minderwerthigkeiten, S. 79 f, 209 f, 251 f.

Verwandte Fälle mit anderen Arten von Zwangsdenken könnte ich reichlich beibringen. Aber ich kann keinen Fall namhaft machen, bei dem ausser der überwerthigen Idee nicht eine andauernde oder eine vorübergehende psychopathische Minderwerthigkeit vorhanden gewesen wäre und mindestens die prädisponirende Ursache für die Entstehung der überwerthigen Idee gebildet hätte. Deshalb ist es, was diesen Theil der Fälle betrifft, zugleich richtig und falsch, wenn Wernicke von dritter Seite her entgegengehalten wurde, man bedürfe des Ausdrucks Ueberwerthigkeit nicht, da man schon den Ausdruck Minderwerthigkeit habe. Ich für meine Person bin völlig davon überzeugt, dass es wirklich das giebt, was Wernicke überwerthige Idee genannt hat, bin aber auch davon überzeugt, dass es keine überwerthige Idee giebt, die sich bei einem sonst völlig gesunden Menschen etablirte. Wo ein vordem ganz gesunder Mensch nach grossen körperlichen oder geistigen Anstrengungen, z. B. nach überfordernden Nachtwachen, vorübergehend von einem überwerthigen Zwangsgedanken befallen wird, so wird man schon hier finden, dass eine solche Idee der Grundlage eines (acuten) pathologischen Gesammtzustandes nicht entbehrt, so sehr dieser auch im einzelnen Fall in den Hintergrund treten mag. Wo aber eine überwerthige Idee (eine überwerthige psychotische oder eine psychopathisch minderwerthige Idee) „fix“ ist, da wird ein näheres Eingehen auf die Sache immer die andauernde, sei es angeborene, sei es erworbene Minderwerthigkeit oder den psychotischen Schwächezustand (namentlich leichtere Idiotie), überhaupt den pathologischen Gesammtzustand erkennen lassen, der das Auftreten der überwerthigen Idee veranlasst oder wenigstens ermöglicht hat.

Nun aber möchte ich noch einen anderen Fall kurz erwähnen, der uns in der Sache noch weiter führt und interessante diagnostische Ausblicke eröffnet. Ich habe seit nahezu 2 Jahren einen angeboren psychopathisch degenerirten Verbrecher in der Anstalt, zu dessen hervorstechendsten Eigenschaften eine grosse pathologische oder doch pathologisch beeinflusste Selbstgefälligkeit und eine starke pathologische Reizbarkeit gehören. Dieser Mann bekam im Zuchthaus eine „Paranoia“ und verletzte dort einen Aufseher, von dem er sich für beeinträchtigt hielt, schwer, nachdem er vorher gegen höhere Vorgesetzte anhaltend ein querulantenhaftes Misstrauen und Vorgehen an den Tag gelegt hatte. Man brachte ihn vom Zuchthaus aus in die Anstalt. Seine krankhafte Auffassung bezüglich des von ihm verletzten Aufsehers hält der übrigens sehr verschlossene und zurückhaltende Kranke auch in der Anstalt fest, und gelegentlich hat er auch schon wahnhafte Vorstellungen geäussert, die dahin gehen, dass auch Anstaltsbedienstete schon „Sachen“ gegen ihn unternommen haben, „die nicht sein sollten“, Sachen, wie sie auch der Zuchthausaufseher gemacht habe. Ich selbst nahm diesen Kranken s. Z. ebenfalls für paranöisch. Mein Secundärarzt Dr. Kemmler ging diesem Falle näher nach und da nöthigten ihn dann verschiedene Umstände, die Sache, und dies gewiss mit Recht, in einem etwas anderen Lichte zu betrachten und die Zutreffenheit der auf eine richtige Paranoia gehenden Diagnose anzuzweifeln. Es fiel dem Dr. Kemmler namentlich das auf, einmal, dass das Queruliren bei dem Kranken mit seinem Eintritt in die Anstalt, also mit dem Uebertritt in andere Verhält-

nisse sofort und völlig und für immer aufgehört hatte, sodann, dass der festgehaltene Wahn des Kranken kein Streben zeigt, sich systematisch auszudehnen, dass keine stetig fortwirkende Beziehungssucht*) und kein unter der Einwirkung einer Beziehungssucht sich entwickelnder Beachtungswahn bei dem Kranken vorhanden ist. — Wir haben uns beim Besprechen des Falles unter Berücksichtigung aller Umstände dahin geeinigt, dass hier ein Fall vorliege, wo bei einem angeboren psychopathisch minderwerthigen, speciell angeboren psychopathisch degenerirten Menschen auf Grund seiner Minderwerthigkeit bei Gelegenheit von Verletzungen seiner Eitelkeit und unter Mitwirkung seiner Reizbarkeit nicht sowohl eine Paranoia sich entwickelte, als vielmehr überwerthige fixe Ideen psychotischen Characters auftraten und dass diese, mindestens zum Theil fix bleibenden Ideen alle eine bestimmte Richtung haben. — Hier liegt also etwas recht Partielles vor. Allein es handelt sich nicht um eine einzige fixe Idee, sondern die überwerthige Idee tritt gleichsam in mehreren Exemplaren auf. Dabei ist der Sonderinhalt bei jeder Idee insofern ein anderer, als er immer wieder auf eine andere Person geht, und was fix bleibt, ist, wie gesagt, nur die bestimmte Richtung, welche die einzelne Idee hat. Aber immer erhebt sich die überwerthige Idee auf dem Boden einer constitutionellen Schädigung.

Und sollten nun nicht auch verschiedenartige überwerthige Ideen, Ideen mit verschiedener Richtung, bei ein und demselben Individuum vorkommen können? Die Grundlage dafür wäre eine allgemeine constitutionelle Schädigung, die Gelegenheitsursache dies und jenes; einmal könnte diese überwerthige Idee, ein andermal jene hervortreten. Würde man bei dieser Betrachtungsweise nicht vielleicht manche Fälle viel besser verstehen und richtiger würdigen, als wenn man sie einfach unter den Begriff der Paranoia oder des Wahnsinns oder sonst einer landesüblichen „Form" subsumirte?

Diese Frage glaube ich, wenn ich auf meine Erfahrungen unter einer solchen Beleuchtung zurückblicke, bejahen zu müssen. Und unter den betreffenden Fällen möchte ich speciell solche abheben, die an das von mir beschriebene Falschmeinen**) anschliessen. Es giebt psychopathisch degenerirte, also psychopathisch minderwerthige, und giebt ferner idiotische, also psychotische Individuen, denen unter dem Einfluss pathologischer Reizbarkeit, Selbstgefälligkeit, Angst u. s. w. dieses oder jenes Ereigniss immer wieder einmal Anlass wird zum Falschmeinen, wo aber dann weiterhin das Falschmeinen zum überwerthigen Wahne wird und nun die überwerthige Idee das Vorstellungsleben beherrscht. Aber das dauert bei den Fällen, die ich hier im Auge habe, immer nur so lange, als das betreffende Erlebniss dauert und nachwirkt, und verschwindet und wird abgelöst von einer neuen Idee, wenn die Betreffenden in eine neue Umgebung kommen oder wenn bei gleicher äusserer Lage ein neuer, stärkerer Eindruck auf sie einstürmt.

Alles in Allem: Es wird die Thatsache nicht zu bestreiten sein, dass es mit dem Partiellen im Sinne Wernicke's, dass es mit dessen Lehre

*) Dieser Ausdruck Kemmler's deckt sich nicht mit dem Ausdruck Eigenbeziehung. Hoffentlich wird Herr Dr. Kemmler bald eingehende Mittheilungen über seine diesbezüglichen Anschauungen machen.

**) Irrenfreund, 1893.

von dem Vorkommen überwerthiger Ideen seine Richtigkeit hat. Nur wird das dominirende Partielle sich immer nur auf einem schon geschädigten Boden erheben, also eine allgemeine Grundlage haben, wie sehr auch immer die einzelne krankhafte Vorstellung zu einer gegebenen Zeit und von da ab vielleicht für immer die wichtigste Erscheinung bilden mag (und ob sich auch einmal aus dem Vorhandenen noch weiteres entwickelte). Und nur wird man bei dieser Angelegenheit Zwangsdenken und Wahndenken immer reinlich auseinanderhalten, auch das Variiren „fixer" Ideen gegebenenfalls beachten müssen. Dann aber wird der fruchtbare Gedanke Wernicke's, der an die Anschauungen einer früheren Zeit Anschluss hat und doch zugleich ein Neues aufstellt, noch weiter ausgedehnt werden dürfen und es wird damit das diagnostische Verständniss einer Reihe von krankhaften Zuständen und somit die ganze Psychiatrie wesentlich gefördert werden.

II.

Die Sensibilität beim Weib.

Experimentelle Untersuchungen von Professor S. Ottolenghi,
Director des Laboratoriums für gerichtl. Medicin, Siena.

Viele Studien wurden über die Sensibilität des Weibes unternommen, doch eine genügende Zahl experimenteller Untersuchungen, um die wichtige Frage zu lösen, wurde noch nicht gemacht. Sergi, Lombroso, Féré, Haveloque und Patrick halten die Frau für weniger empfindlich als den Mann, Galton im Gegentheil für empfindlicher, wenigstens für den Tastsinn. Mantegazza behauptet, sie seien sensibler als der Mann, obgleich er ihnen stärkeren Widerstand dem Schmerz gegenüber zuschreibt; Fouillée will nichts von Stumpfheit bei der Frau hören und, ohne Untersuchungen zu machen, hält er sie für sensibler als den Mann.

Ich habe voriges Jahr die Sensibilität bei 400 Männern untersucht und daraus bewiesen, dass die allgemeine Sensibilität und noch mehr die für Schmerz, die mit der Psyche in engerer Beziehung steht, dem Einfluss des Alters und der socialen Verhältnisse nach sich verändert, wie es Richet schon vor Jahren vorausgesetzt hatte. Dieselben Untersuchungen wiederholte ich, wie es mir Herr Lombroso gerathen, für das allgemeine und Schmerzgefühl von 682 Weibern, um dann die Resultate mit den beim Manne erhaltenen zu vergleichen.

Die Schülerinnen der Lehrerinnenschule, der vereinigten Conservatorien von S. Maria Maddalena und des Refugio, die jungen Mädchen des Instituts S. Teresa und S. Catarina, des Waisenhauses, des Taubstummen-Instituts, viele Damen, Handwerkerinnen und Bäuerinnen, Greisinnen des Instituts Butini-Burke und des Armenhauses waren Gegenstand meiner Studien.

Die Sensibilität wurde wie beim Manne mit dem Faradimeter von Edelmann studirt; man setzte eine doppelte Electrode auf dem Rücken der Hand und genau dem II., III. und IV. Metacarpus entsprechend auf. Vorher hatte man aber die Hand mit nicht kaltem Wasser (die Untersuchungen wurden alle im Frühjahr oder Sommer gemacht) angefeuchtet. Ich untersuchte immer beide Hände.

Erstens prüfte ich die allgemeine Empfindlichkeit: ich erhöhte stufenweise die Kraft der electrischen Erregung, bis sie ein leises Kriebelgefühl anzeigte; dann erhöhte ich die Erregung, bis sie wahrhaften Schmerz hervorrief. (Der Gesichtsausdruck und andere wohlbekannte Kennzeichen geben ihn leicht zu erkennen.)

Wie in meinen Studien über den Mann bezeichnete ich das Schmerzgefühl als stumpf, welches erst ein Reiz von über 90 Volt hervorzurufen vermochte. Auch für die allgemeine Sensibilität werde ich mich derselben Abtheilungen bedienen wie für den Mann: die von über 30 Volt hervorgerufene bezeichne ich als stumpf; als mittelmässig diejenige, die von 20—30 Volt hervorgerufen wird; für fein diejenige, die nur einer geringeren Erregung als 15 Volt bedarf.

Anderswo werde ich alle meine Studien über die Frau umständlich beschreiben, hier, in beigelegter Tabelle, vereinige ich nur die wichtigsten Resultate. Einige Daten über die Sensibilität des Mannes in entsprechendem Alter und Stande füge ich ihnen bei.

Die Zahlen geben die Menge der, den verschiedenen Stufen des allgemeinen und Schmerzgefühls angehörenden, dem verschiedenen Alter nach in Gruppen eingetheilten Personen an, die ich untersucht habe.

Allgemeine Schlussfolgerungen.

I. Man begegnet beim Weibe denselben Graden der Empfindlichkeit für Schmerz wie beim Manne; doch ist mir eine eigenartige Ausdrucksform des Schmerzgefühls, die ich am Manne nur ausnahmsweise traf, bei ihr öfters erschienen:

Die faradische Erregung ruft kaum eben ein etwas unangenehmes Gefühl hervor, welches den Schmerz anzukündigen vermag, als die beobachtete Person, die sich doch freiwillig der Prüfung unterworfen hatte, die Hand zurückzieht, vielleicht aus Furcht, wahrhaft zu leiden, vielleicht aus unbewusster Autosuggestion und mit übertriebener Kundgebung über einen Schmerz klagt, den sie noch nicht erleiden kann, davon kann man sich ganz leicht aus dem Gesichtsausdruck und anderen wohlbekannten Kennzeichen überzeugen. Solche Gruppen den höheren Sensibilitätsstufen einzureihen, wäre fehlerhaft; man muss sie als Phänomene der übertriebenen Reizbarkeit beurtheilen; Sergi hat diese übertriebene Gegenwirkung einer noch nicht schmerzlichen Erregung gegenüber am Weibe schon erkannt. Meine Untersuchungen zeigen, dass diese gesteigerte Irritabilität überhaupt nicht mit der delicaten Sensibilität, deren Schwankungen sie nicht im Geringsten theilt, zu verwechseln ist. Sie kann sogar öfters Stumpfheit verschleiern oder ihre Stelle vertreten. Ohne Zweifel muss man in den Studien über das Schmerzgefühl beim Weibe die öftere Erscheinung von deutlicher Stumpfheit wie von übertriebener Reizbarkeit in Betracht ziehen.

Die Schmerz-Empfindlichkeit ist beim Weibe wie beim Manne vielen Veränderungen dem Einflusse des Alters, der socialen Verhältnisse, der Degeneration nach, ausgesetzt.

Im frühen Alter, wie ich es für den Mann bewiesen habe, ist das Schmerzgefühl in jeder Gesellschaftsklasse sehr mangelhaft; bei kleinen Mädchen begegnete man der Stumpfheit häufiger als bei Frauen; die Sen-

Stand der beobachteten Frauen	Alter	Anzahl	Schmerzempfindlichkeit: Stumpfheit Weiber %	Schmerzempfindlichkeit: Stumpfheit (Männer) %	Schmerzempfindlichkeit: Uebertriebene Reizbarkeit %	Allgemeine Sensibilität: fein Weiber %	Allgemeine Sensibilität: fein (Männer) %	Allgemeine Sensibilität: mangelhaft Weiber %	Allgemeine Sensibilität: mangelhaft (Männer) %
Wohlhabender Stand . .	9—14	111	39,61	61,7	27,3	71,74	27,50	6,42	26,6
Handwerkerstand . . .		62	46,77	60,00	22,58	14,51	6,00	46,77	69,00
Taubstumme		16	68,75	68,18	25,00	33,33	13,6	33,32	59,8
		189							
Wohlhabender Stand . .	14—19	118	45 70	31,25	11,01	78,81	55,50	1,68	43,75
Handwerkerstand . .		59	47,46	44,02	18,04	22,41	4,16	36,20	66,66
Taubstumme		16	50,00	60,00	18,75	25,00	20,00	18,75	45,00
		193							
Junge Damen*)	19—24	49	18,36	17,35	10,20	75,51	52,67	0	8,72
Handwerkerinnen . . .		38	31,57	—	13,15	55,26	—	5,26	—
Bäuerinnen		22	57,14	—	—	18,18	—	31,82	—
		109							
Damen	24—50	52	24,61	7,38	3,81	65,38	66,43	7,68	2,35
Handwerkerinnen . . .		34	26,47	50,00	32,31	29,41	5,00	11,76	60,00
Bäuerinnen		16	45,75	—	—	37,50	—	31,25	—
Arme		15	66,66	65,4	33,33	—	—	60,00	82,94
Verbrecherinnen . . .		12	50,00	45,00	33,33	—	—	80,00	8,31
Irre		9	66,66	—	—	?	—	?	—
		138							
Handwerkerinnen . . .	50—60	20	30,00	—	45,00	—	—	50,00	—
Arme		30	53,33	45 00	—	3,33	1,00	46,66	95,00
Verbrecherinnen . . .		12	83,33	85,00	33,33	—	—	25,00	—
		62							
		681	45,51	52,09	17,32	46,40	19,73	19,09	69,34

*) Für die Colonne der Männer (V) ist die entspreshende sociale Klasse nach Massgabe der Colonne I einzusetzen

sibilität wächst stufenweise, bis sie, nach dem 24. Jahre, das Maximum der Entwicklung erreicht.

Die Handarbeiterinnen sind gegen Schmerzen weniger empfindlich als die Damen und mehr als die Bäuerinnen. Bei Handwerkerinnen finden wir häufiger als bei Damen und Bäuerinnen eine übertriebene Reizbarkeit.

Bei Bäuerinnen trifft man das Maximum der Stumpfheit, jedoch keine übertriebene Reizbarkeit.

Beim Weibe ebenso wie beim Manne vermindert die Degeneration das Schmerzgefühl, bei den Greisinnen des Armenhauses haben wir das Maximum der Stumpfheit und der übertriebenen Reizbarkeit.

Vergleicht man beide Geschlechter in entsprechender Altersstufe und Socialklasse unter Rücksicht auf die übertriebene Reizbarkeit, so kann man sich überzeugen, dass die Frau den Schmerz weniger fühlt als der Mann, wie es Lombroso, Sergi und Féré immer behauptet haben.

Dies erscheint noch augenscheinlicher, wenn man die wohlhabenden Klassen im Alter von 24 bis 50 Jahren vergleicht; hier, wo sehr wenige, die Sensibilität zu alteriren fähige Ursachen ihren Einfluss üben, begegnet man bei der Frau Stumpfheit der Schmerzempfindlichkeit dreimal häufiger als beim Manne.

Nach der Schmerzsensibilität muss man den Widerstand den Schmerzen gegenüber in Betracht ziehen. Man kann den Schmerz fühlen und ihm widerstehen können und diese Widerstandsfähigkeit offenbart sich in beiden Geschlechtern in verschiedener Art; beim männlichen zeigt sie sich fast einförmig, beim weiblichen ist sie viel unbeständiger und sehr oft stärker.

Dies steht mit der bei der Frau weniger feinen Sensibilität und auch mit dem Einfluss der Suggestion auf dieselbe im Einklang.

Der Einfluss der Suggestion und Autosuggestion (Bewegung, Beispiel, Angst, Befehl, Nachahmung) auf das Schmerzgefühl der Frau ist gross; er kann eine übertriebene Erregung, manchmal im Gegentheil einen starken Widerstand gegen den Schmerz und auch eine wahrhafte Stumpfheit des Schmerzgefühls (Hypalgesie und manchmal auch Analgesie) hervorrufen.

Dies konnte ich hauptsächlich in an ganzen Gruppen gemeinschaftlich gemachten Prüfungen beobachten. In einer Gruppe von Waisen genügte ein Beispiel von übertriebener Reizbarkeit, um in der Mehrzahl der folgenden Untersuchungen dasselbe Phänomen hervorzurufen. Dasselbe wiederholte sich in einer Gruppe Handwerkerinnen. In einer Pension junger Damen sah ich das Gegentheil; einige unter ihnen widerstanden stark den Schmerzen und 10 andere gelangten dazu, ihrem Beispiele zu folgen; sie erreichten (einige mit wahrhaftem Leiden) das Maximum der faradischen Erregung (230 Volt.)

Beim normalen Manne treffen wir nie ähnliches; im Gegentheil, einigen Herren gelang es nicht, trotz Aufwand all' ihrer Willenskraft, ihren Widerstand gegen den Schmerz über 100 Volt hinaus zu steigern.

Die leichte Suggestibilität stammt von ihrer grösseren Reizbarkeit her.

II. Die allgemeine Sensibilität wechselt beim Weibe, ihrem verschiedenen Alter und Stande nach, in verschiedenen Graden, doch weniger als die gegen Schmerz. Im wohlhabenden Stande finden wir in der frühen Jugend eine nicht minder delicate allgemeine Empfindlichkeit als beim reifen Alter.

Bei Handwerkerinnen ist sie im Gegentheil im ersten Alter sehr gering und wächst bis zu dem 19., manchmal sogar bis zu dem 24. Jahre. Im hohen Alter nimmt die allgemeine Sensibilität ab.

Vom Alter unabhängig haben die Handwerkerinnen eine stumpfere allgemeine Sensibilität als die Damen und eine feinere als die Bäuerinnen.

Die allgemeine Sensibilität variirt bei der Frau, dem Stande nach, im selben Verhältnisse wie beim Manne.

Im wohlhabenden Stande haben wir beim Weibe eine rascher entwickelte allgemeine Sensibilität als beim Manne; nach dem 19. Jahre zeigt sie sich in beiden Geschlechtern gleichmässig entwickelt; bei Handwerkern verhält sie sich beim Weibe immer feiner.

Die zahlreichen Beobachtungen über Männer und Weiber beweisen, dass die Schmerzsensibilität vom centralen Apparat des Gefühls hauptsächlich abhängig ist; sie ist also in engster Beziehung zur Psyche.

Die allgemeine Sensibilität im Gegentheil ist hauptsächlich vom peripherischen Apparat abhängig; sie steht also in viel fernerer Beziehung zur Psyche.

Nachschrift.

1. Die allgemeine Sensibilität (Berührungsempfindung) ist bei der Frau feiner als beim Manne, ihre Schmerzsensibilität ist geringer, ihr Widerstand den Schmerzen gegenüber ist stärker, ihre Reizbarkeit auch stärker.

Viele Schriftsteller wissen bis jetzt die allgemeine Sensibilität von der des Schmerzes nicht zu unterscheiden und darum können sie sich von dem geringeren Schmerzgefühl des Weibes nicht überzeugen.

Herr Prof. Mantegazza giebt zu, dass das Weib dem Schmerze gegenüber mehr Widerstand besitzt, hält sie aber für sensibler und erklärt diesen Widerspruch mit der Behauptung, dass sie weniger Intelligenz besitzt, um den Schmerz zu verstehen. Wenn er dies zugiebt, sieht er dann nicht, dass man, um bei der Frau, ihrer psychischen Construction wegen, Schmerz zu erwecken, einer höheren Erregung bedarf als beim Mann? Heisst das nicht die Stumpfheit des Schmerzgefühls zugeben? Obgleich die übertriebene Reizbarkeit mit dem starken Widerstande gegen Schmerz in Widerspruch erscheinen könnte, kommen beide Phänomene von demselben Gegenstande her: der grossen Suggestibilität der Frau (Suggestion und Autosuggestion).

Die übertriebene Reizbarkeit oder Erregbarkeit ist von der sehr erregbaren Natur des Weibes begünstigt, ihre Widerstandsfähigkeit gegen Schmerzen von der häufigen Stumpfheit ihres Schmerzgefühls.

Die übertriebene Reizbarkeit entspricht nicht, wie Sergi behauptet, einem ersten Grade (einer Vorstufe) von Sensibilität, da man ihr öfters bei Kindern begegnet, wo die Insensibilität noch vorhanden ist. Es ist ein Zeichen von Schwäche, eine übertriebene psychische Gegenwirkung, die die wahre Stufe der Sensibilität unerkennbar machen kann.

Meine Untersuchungen beweisen, dass die übertriebene Gegenwirkung mit Fehlen der Sensibilität nicht in Widerspruch steht.

Fouillée klagt mit Unrecht Féré an, im Namen der Wissenschaft mit einer Hand zu geben, was er mit der anderen nimmt, indem er behauptete, die Frau sei weniger empfindlich und leichter erregbar als der Mann.

2. Die Schmerzsensibilität entwickelt sich mit den Jahren und ist in höheren Ständen viel feiner als in unteren; noch geringer ist sie, wo Degeneration ihren Einfluss übt; da man sie bei der Frau in weit stumpferem Grade findet, macht dies ohne Zweifel ein Merkmal der Inferiorität für sie aus.

Dies scheint mit ihrer feinen allgemeinen Sensibilität in Widerspruch zu sein; aber jene ist hauptsächlich peripherisch und hängt also fast gänzlich von der Zartheit der Haut ab, die die Erregung rascher empfängt. Wir finden sie bei der Frau schon in der Kindheit vollständig entwickelt, wo das Schmerzgefühl, welches mit der Psyche in enger Beziehung steht, im Gegentheil oft ganz stumpf ist.

Man kann diese Hautzartheit bei der Frau nicht für ein Merkmal der Ueberlegenheit halten, da schon die Kleinheit ihres Gehirns ein Merkmal der Inferiorität für sie ausmacht; diese Zartheit erhöht sogar die Wichtigkeit der Stumpfheit des Schmerzgefühls, die wir bei ihr wahrgenommen haben.

Es ist übrigens nichts neues daran, eine peripherische Empfindung in geringerem Maasse entwickelt zu finden. Dies ist schon durch Forschungen über die Sinne bei Wilden bewiesen; die Fortschritte der Civilisation machen die peripherischen Sinne weniger scharf und verschärfen die psychischen.

3. Das Weib, individuell betrachtet, fühlt früher die Erregung, weniger den Schmerz und kann, wenn sie ihn fühlt, ihm besser widerstehen; das stärkt ihre Natur für den Kampf ums Dasein, in welchem selbst ihre übertriebene Reizbarkeit ihr zur Vertheidigungswaffe dienen kann.

Solche Eigenschaften der Frau, obwohl zum Nachtheil der cerebralen Entwickelung, sind ihr unumgänglich nöthig, um die Schwierigkeiten des häuslichen Lebens zu ertragen, wo sie eine Reihe von Leiden und Entbehrungen erwartet; sie erklärt uns auch ihre Langlebigkeit.

Dank des grossen Einflusses der Suggestion auf die Sensibilität der Frau wird sie leichter ein Opfer der Suggestion Anderer sein können; sie wird aber im Falle, wo Autosuggestion den Vortheil hat, jedes ihrer Gefühle beherrschen können, so dass sie dem Manne in den heroischsten Thaten, wie in den grausamsten Verbrechen überlegen sein kann.

Gerade ihrer suggestionablen und übertriebenen reizbaren Natur wegen stellt die Frau, der Collectivität gegenüber einen durch Wort und Beispiel leicht bestimmbaren Factor dar. Sie gelangt leichter zu Uebertreibungen und ist schwerer aufzuhalten, da die Suggestion ihrer dem Schmerze gegenüber weniger sensiblen Natur einen ausserordentlichen Widerstand gegen den Schmerz abgewinnen kann, wie wir ihm beim Manne niemals begegnen können.

II. Bibliographie.

XXVIII) **P. Marie**: Maladies intrinsèques de la moëlle épinière. (Extrait du „Traité de médecine".)

(Paris. G. Masson. 1895)

Die von Marie für den VI. Band des genannten Sammelwerks abgefasste, 156 Seiten lange, dem Character des Ganzen gemäss mehr encyclopädisch gehaltene Darstellung der organischen Rückenmarkskrankheiten ist in allen Beziehungen nicht minder werthvoll, als alles, was wir sonst diesem ausgezeichneten Forscher und Lehrer verdanken. Auch die selteneren Typen der medullären Erkrankungen, die Intoxicationen etc. sind in die Schilderung einbezogen, so dass die Bearbeitung zugleich ein vorzügliches Lehr- und Nachschlagebuch für die gesammte Pathologie der Medulla genannt zu werden verdient. Jentsch.

XXIX) **J. B. Charcot**, ancien interne des hôpitaux: Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive type Duchenne-Aran.

(Paris 1895.)

Noch vor einigen Jahren galt die Duchenne-Aran'sche Form der progressiven Muskelatrophie für die am genauesten bekannte. Nachdem vielerlei neue Formon (amyotrophische Lateralsclerose, Syringomyelie, Polyneuritiden und Myopathien) beschrieben worden sind, ist die Existenz der Duchenne-Aran'schen Form z. B. von Gowers in Zweifel gezogen worden; letzterer behauptete, mit der Atrophie der grauen Vorderhörner sei stets eine Erkrankung der Pyramidenbahnen verknüpft. Charcot jun. hat eine Anzahl sicherer Fälle des Duchenne-Aran'schen Typus klinisch und anatomisch untersucht und veröffentlicht diese Studien in einer Monographie. Er hält die Krankheit, von der er eine chronische und eine subacute Form unterscheidet, nicht für allzuselten. Ueber ihre Aetiologie ist nichts bekannt. Die chronische Form kann länger als 10 Jahre dauern. Ein vortreffliches Beispiel der chronischen Form ist das folgende: Ein hereditär nicht belasteter Färber erkrankte im 56. Lebensjahre an einer links und rechts fast gleichzeitig eintretenden Ungeschicklichkeit der Finger mit Atrophie einzelner Muskeln der Hände. Bis zum 59. Jahre atrophirte nach und nach mehr oder weniger die gesammte Muskulatur der Hände, der Vorderarme, der Oberarme, sowie der Schultern. Wichtige Bewegungen der oberen Extremitäten fielen aus. Die Beine wurden schwach; zu Atrophie kam es hier nicht; Schlingstörungen, leises Zittern der Zunge wurden bemerkt. Sensibilität normal, Sehnenreflexe der oberen Extremitäten herabgesetzt, Patellarsehnenreflexe lebhaft, Kaumuskelreflexe fehlten. Mehrere Muskeln zeigten E a R, an mehreren war die faradische Reaction aufgehoben. Nachdem die unteren Extremitäten immer schwächer geworden waren, erfolgte im 61. Jahre unter Schluckbeschwerden und Athmungsbehinderung an Lungenödem der Tod. Am Rückenmark zeigte sich schon macroscopisch eine Atrophie der vorderen Wurzeln aller Segmente, besonders stark derjenigen zwischen dem 4. Hals- und dem 3. Brustnerven. Zahlreiche Muskeln des Körpers zeigten sich ebenfalls schon macroscopisch mehr oder

weniger atrophirt und entfärbt. Die höchsten Grade der Atrophie betrafen die Muskulatur der oberen Extremitäten, die zum Theil gelb aussah wie welkes Blatt. Um Substitution der atrophirten Muskulatur durch Fett handelte es sich nicht. Microscopisch fand sich in den mittleren Partien des Halsmarkes, etwas weniger stark in den anderen Theilen des Rückenmarkes Atrophie bezw. vollständiges Fehlen der Ganglienzellen aller Zellengruppen der Vorderhörner. Das interstitielle Gewebe war hier verdichtet; viele Deiters'sche Zellen waren vorhanden, das Netz der Nervenfasern war zerstört, Rundzelleninfiltrationen und Gefässerkrankungen fehlten. Die vorderen Rückenmarkswurzeln waren wesentlich verändert in Form Waller'scher Degenerationen. Hintere Rückenmarkswurzeln normal. Die untersuchten gemischten Nerven zeigten schwere Degenerationen, die peripheren Nerven der oberen Extremitäten waren besonders stark betroffen, ebenso der nervus phrenicus. Die microscopische Untersuchung der atrophirten Fasern ergab das Vorhandensein einfacher Atrophie; Inseln gesunder Fasern bestanden; das Zwischengewebe war etwas vermehrt; fettige Infiltration fehlte. Eine leichte Sclerose wiesen die Goll'schen Bündel im mittleren Halsmark auf. In der ganzen Länge des Marks war ein Theil des faisceau fondamental antérieur beiderseits von Sclerose ergriffen.

Diese letztere Sclerose fand sich nicht nur bei der chronischen, sondern auch bei der subacuten vorderen Poliomyelitis. Der Verfasser geht in seiner Abhandlung auf diese Erkrankung, die keine klinischen Symptome machte, genauer ein und kommt zu dem Schluss, dass sie die Folge der Erkrankung der Ganglienzellen in den grauen Vorderhörnern ist.

Georg Ilberg (Sonnenstein).

XXX) **P. J. Möbius**: Neurologische Beiträge. IV. Heft.
(Leipzig 1895. Verlag von Johann Ambrosius Barth.)

B. Ueber verschiedene Augenmuskelstörungen.

1. Ueber einen Fall nucleärer Augenmuskellähmung.

Der mitgetheilte Fall ist bereits in diesem Centralblatt (V, 20, 1882), ausführlich mitgetheilt.

Derselbe ist wegen des Ganges der Oculomotoriuslähmung bemerkenswerth. Erst auf beiden Augen Accommodationslähmung, dann rechts Lähmung des Sphincter iridis und des Rect. int., dann auch links Sphincterlähmung, rechts erst Schwäche, dann Lähmung des Rect. sup. und inf., des Levator palp. und des Obliquus inferior., schliesslich auch links Lähmung des Rectus internus und der übrigen Oculomotoriusmuskeln. Zur Lähmung des III. Hirnnerven gesellte sich dann Parese des VI., vorübergehend wohl auch des IV. und des VII. rechts. — Mit aller Bestimmtheit stellt Möbius in diesem Falle die Diagnose auf eine Läsion des Oculomotoriuskernes bezw. seiner Umgebung. — Die histologische Natur des Processes bleibt unentschieden. — Es wird der Beziehungen der Syphilis zur nucleären Augenmuskellähmung gedacht. Nur in der Minderzahl der Fälle bewiesen das Bestehen anderweiter syphilitischer Symptome und der eclatante Erfolg der specifischen Behandlung, dass die Krankheit im eigentlichen Sinne syphil. Natur war. Dies war in dem Falle von Möbius zweifellos. In der Mehr-

zahl der Fälle trat die Augenlähmung erst spät nach der Infection ein, anderweite Luessymptome bestanden nicht mehr und durch specifische Behandlung wurde keine Heilung erzielt.

2. Notiz über das Verhalten der Pupille bei alten Leuten.

Die Pupille ist bei Greisen durchweg enger als im reifen Alter, etwa in $^1/_4$ der Fälle findet sich starke Myosis. Mit der Pupillenweite scheinen im Allgemeinen coordinirt zu sein die Weite der Lidspalte und der Grad der Bulbusprotrusion. Nahezu gleich häufig und zwar in einem ziemlich hohen Procentsatz der Fälle erwies sich die Licht- und Convergenzreaction, sowie die Reaction gegen sensible Reize herabgesetzt. Meist verhielt sich die Sache so, dass da, wo die Licht- und Convergenzreaction schwach war, auch die reflectorische Erweiterung sich nur schwer darstellen liess. — Myosis und Pupillenträgheit sind nicht an einander gebunden. — Ferner bringt M. Angaben über die Pupillenreaction auf sensible bezw. sensorielle und psychische Reize. Bei Frauen und Kindern fehlt hierbei deutliche Pupillenerweiterung fast nie, bei Männern ist sie hier und da undeutlich oder fehlt.

Bei Greisen ist in der Mehrzahl der Fälle die Reaction vorhanden, wenn sie undeutlich war, zeigte sich in der Regel die Beweglichkeit der Pupille im Allgemeinen vermindert. Es scheinen im Alter stärkere Reize zur Erweiterung nothwendig zu sein. — Es dürfte sich die Sache so verhalten, dass die Abnahme der reflectorischen Erweiterungsfähigkeit der Pupille relativ frühzeitig eintritt und dann nur langsam fortschreitet, während die Herabsetzung der Licht- und Convergenzreaction erst im hohen Greisenalter sich bemerklich macht.

Zur Erklärung der verminderten reflectorischen Erweiterungsfähigkeit genügt wohl die verminderte Innervation des Halssympathicus oder richtiger die Abnahme der allgemeinen Erregbarkeit. Die Abnahme der Lichtreaction aber fordert weitere Veränderungen. Diese sind wahrscheinlich in der Iris selbst zu suchen (antagonistische Sphinctercontraction — senile Veränderungen der Irisgefässe?)

3. Ueber periodisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung. (Vortrag, gehalten vor der 9. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen)

Nach dem Berichte eines eigenen Falles und der Mittheilung der älteren Litteratur führt M. die Gründe an, die ihn bewegen, anzunehmen, dass es sich bei der periodisch wiederkehrenden Oculomotoriuslähmung um eine Affection der Wurzelregion des Nerven handle. Die cerebrale Natur, die durch die Unvollständigkeit der totalen Lähmung wahrscheinlich gemacht sei, werde durch das Einsetzen mit Kopfschmerz und Erbrechen bewiesen. — Es folgt dann die Litteratur seit dem Jahre 1884. — Von Charcot wurde die periodisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung mit dem Namen „Migraine ophthalmoplégique“ belegt. Möbius führt zum Schlusse die Gründe an, wesshalb seiner Ansicht nach diese Bezeichnung unrichtig sei. Die auf die Lähmung abzielenden Läsionen würden die Migränesymptome, nicht diese die Lähmung hervorrufen. Ein durchschlagendes Argument erblickt er ferner in dem Umstand, dass die Krankheit Migräne auf gleich-

artiger Vererbung beruhe, bei der periodischen Oculomotoriuslähmung hingegen davon nichts bekannt sei.

4. Ueber die Localisation der Ophthalmoplegia exterior.

Man nimmt ziemlich allgemein an, dass jede Ophthalmoplegia exterior nucleär sei, besonders ist nach Möbius daran zu denken, wenn die Lähmung mit Kopfschmerz und Erbrechen einsetzt. Denkbar sei jedoch auch, dass hierbei eine Schädlichkeit die zu den Augenmuskeln ziehenden Nervenfasern in den Muskeln oder in ihrer Nähe träfe. Es wird eine Beobachtung mitgetheilt, die Möbius zu dieser Ueberlegung brachte.

5. Ueber Insufficienz der Convergenz bei Morbus Basedowii.

Da bei gesunden Leuten mit Glotzaugen die Insufficienz der Convergenz zuweilen auch und in derselben Weise wie bei Morbus Basedowii gefunden wird, scheint das Phänomen durch die Prominenz der Bulbi verursacht zu sein und nicht eine directe Beziehung zum Morbus Basedowii zu haben. Immerhin lässt die Beobachtung, dass bei Morbus Basedowii das Phänomen nicht durchaus proportional dem Exophtalmus ist, vermuthen, dass ausser dem Exophthalmus noch andere Bedingungen, z. B. die bei Morbus Basedowii oft vorhandene nervöse Erschöpfung zu beachten sei.

6. Ueber reflectorische Pupillenstarre.

Auf Grund eigener Beobachtungen behauptet M., dass es wirklich eine reflectorische Pupillenstarre giebt und dass daran mit Unrecht von anderer Seite gezweifelt werde. Nimmt man an, dass die centripetalen Pupillenfasern eines Auges je mit beiden Oculomotoriuskernen verbunden seien, so kann man, wenn in der Nähe eines Oculomotoriuskernes eine Läsion sitzt, die dessen Verbindung mit den centripetalen Pupillenfasern unterbricht, sehr wohl begreifen, wie die Pupille auf Seite der Läsion reflectorisch starr wird, ohne dass Reflextaubheit des Auges eintritt, da doch der andere Oculomotoriuskern mit den centripetalen Pupillenfasern verbunden bleibt Die reflectorische Pupillenstarre kann nach M. nicht durch eine Erkrankung der peripherischen Nerven entstehen, sondern man kann aus ihr ohne weiteres auf eine intracerebrale Erkrankung schliessen. Die Verhältnisse werden durch ein Schema verständlicher gemacht.

7. Ueber angeborene doppelseitige Abducens-Facialis-Lähmung.

M. berichtet zunächst über eine eigene Beobachtung und geht dann zu einer eingehenden und kritischen Besprechung der vorliegenden Litteratur über. Nach seiner Ansicht dürfen wir annehmen, dass die angeborene doppelseitige Abducens-Facialislähmung eine selbstständige pathologische Art darstellt. Bezüglich der Aetiologie hat sich für fötale Syphilis bis jetzt kein Anhaltspunkt ergeben, es sei am ehesten an Giftwirkung, auch an chemische Eigenthümlichkeiten der Augenmuskelkerne und -Nerven zu denken.

8. Ueber infantilen Kernschwund.

Nach einleitenden Bemerkungen bespricht M. die in der Litteratur niedergelegten Fälle, sowie eigene Beobachtungen 1. von Ophthalmoplegia exterior und deren Combination mit Facialislähmung, 2. von doppelseitiger Abducens-Facialislähmung, 3. von doppelseitiger angeborener Abducenslähmung, 4. von doppelseitiger Oculomotoriuslähmung, 5. von doppelseitiger

Ptosis, 6. von einseitiger Abducenslähmung, 7. einer besonderen Form von einseitiger Ptosis. Es werden die angeborenen und in der frühesten Kindheit erworbenen Lähmungen berücksichtigt. Ein daran sich anschliessender Nachtrag bringt früher nicht berücksichtigte und seit 1892 in der Litteratur niedergelegte Fälle. — Möbius ist der Ansicht, dass wir es bei diesen Processen mit einer Kernaffection (mangelhafte Bildung oder frühzeitiger Schwund) zu thun haben und glaubt, dass die betreffenden Augenmuskeln geschwunden sind. (Andere in der Litteratur niedergelegte Fälle, sowie eine eigene Beobachtung zeigen, dass die Muskeln hierbei nicht immer geschwunden sind. Die nachträgliche Untersuchung des Oculomotoriuskernes bei meinem Fall ergiebt mit ziemlicher Sicherheit, dass auch das Kerngebiet bei genannten Affectionen normal sein kann. Den Fall Siemerling's kann ich nicht für ganz beweiskräftig ansehen und Siemerling selbst scheint dieser Ansicht zu sein. Ref.) Betreffs der Aetiologie glaubt M. am ehesten an eine auf den Keim einwirkende Giftwirkung. Sehr zu berücksichtigen ist eine Arbeit von Karl Runn (die angeborenen Beweglichkeitsdefecte der Augen. Beiträge zur Augenheilkunde. Heft XIX, 1895) besonders auch wegen der Gründe, die er gegen die Auffassung von Möbius geltend macht. Sowohl eine centrale wie periphere Entwicklungshemmung komme selbstständig vor. Bei Anencephalie und Amyelie habe man trotz vollkommenen Fehlens der Vorderhörner (bezw. Kerne) und motorischen Nerven normale quergestreifte Muskeln am Skelete und auch am Bulbus gefunden. Die Abhängigkeit der Organtheile von einander werde erst durch die Function geschaffen. Bach (Würzburg).

XXXI) L. Goldstein: Gehirnsyphilis.

(Separatabdruck aus der „Realencyclopädie der gesammten Heilkunde". Dritte, gänzlich umgearbeitete Auflage Wien.)

Die klinische Darstellung der gehirnluetischen Processe ist umfassend, wenn auch stellenweise etwas gedrängt. Zur Aetiologie bemerkt Goldstein, dass die neuropathische hereditäre Belastung die Disposition zur cerebralen Localisation der Syphilis sehr wesentlich erhöhe, besonders wenn zugleich alcoholistische Tendenzen vorhanden sind. Therapeutisch tritt er für die sehr lange fortgesetzte Jodkali- und Quecksilberkur ein. In schweren auf anderem Wege nicht beeinflussbaren Fällen (syphilitische Epilepsie) seien chirurgische Eingriffe geboten, welche bei sicherer Localisation der Erscheinungen im einzelnen Falle wohl gerechtfertigt werden können.

Jentsch.

XXXII) Oeynhausen und seine Indicationen.

(Festschrift bei Gelegenheit des 50jährigen Jubiläums des Bades, herausgegeben von den Aerzten des Bades Oeynhausen.)

Die Schrift enthält im wesentlichen die Indicationen der für die Behandlung in Oeynhausen geeigneten Erkrankungen der Circulation, weiblicher Sexualorgane, Constitutionskrankheiten etc. Von speciellerem Interesse ist der Abschnitt über die nach Oeynhausen passenden Nervenleiden. Das wichtigste Moment für ihre Behandlung bildet hier der Gebrauch der Thermalsoolbäder, welcher durch Kaltwasserkur, Massage, Electricität etc. unterstützt wird. Verhältnissmässig sehr günstige Erfolge wurden erzielt

bei Compressionsmyelitiden und Traumen der Wirbelsäule und ihren Folgen; auch bei cerebralen Hämorrhagien, Meningealerkrankungen, Myelitis disseminita, spinaler Kinderlähmung äusserte sich des öfteren ein guter Einfluss. Am deutlichsten zeigt sich dieser bei den Neuritiden und traumatischen Lähmungen.

Auch die Neurosen werden in Oeynhausen in grosser Anzahl und mit gutem Erfolg behandelt.

Jentsch.

XXXIII) **Meringer** und **Mayer** (Innsbruck): Versprechen und Verlesen. Eine psychologisch-linguistische Studie.
(Stuttgart 1895.)

Meringer hat sich, zunächst um zu sehen, ob die Sprachfehler etwa eine sprachgeschichtliche Bedeutung hätten, der sehr dankenswerthen Aufgabe unterzogen, zu prüfen, welche Gesetzmässigkeit dem Versprechen und Verlesen zu Grunde liegt.

Die häufigsten Sprachfehler lassen sich danach wie folgt klassificiren:

1. Einfache Vertauschungen von functionsähnlichen oder -gleichen Worten („die Milo der Venus"), functionsähnlichen Silben („Gebrecherverhirne"), von Auslauten ähnlich betonter Silben („Postkustkatschen").
2. Anticipationen späterer gleichfunctioneller Laute („nach Minnsbruck" [nach Innsbruck von München]), oder Silbenfolgen („aufregnen zu regnen").
3. Postpositionen (Verdrängung von oder Zusätze zu späteren gleichwerthigen Lautfolgen („Enttäuschungen entleben").

   Den Anticipationen und Postpositionen sind auch gelegentlich die Modi, Numeri, Tempora und Genera, in seltenen Fällen sogar die Synonyma und die Lautqualität unterworfen.
4. Contaminatidnen: Zusammenziehungen sinnähnlicher Redensarten und Constructionen („Schreckschusseinjagen", „in Zusammenhang hängen") sinnähnlicher („Wasser verdümpft") oder z. B. durch Gleichzeitigkeit associirter Wörter.
5. Substitutionen formell oder inhaltlich ähnlicher (oder entgegengesetzter) Wörter.

Selten sind reiner Laut- oder Silbenausfall.

Lautstottern (resp. langsames Sprechen) tritt ein, wenn mehrere aufeinanderfolgende Silben gleich beginnen oder gleich vocalisirt sind, oder mehrere verwandte oder schwierige Laute sich häufen. Besonders r und l und deren Cumulirung geben vielfach Anlass zu diesen Störungen in der Aussprache.

Auch die beim stillen Versprechen, „Verdenken", vom Verfasser durch Selbstbeobachtung festgestellten Fehler folgen denselben Principien.

Was die Lesefehler der Gesunden angeht, so gilt auch für diese im Ganzen das gleiche, doch wird hier in Folge der Complication durch das Gesichtsbild eine besondere Neigung zur Substitution optisch formähnlicher Laute beobachtet.

Von speciellem Interesse ist das Capitel über die Lesefehler der Geisteskranken, welchen zuerst Rieger besondere Beachtung geschenkt hat.

Sie sind sehr häufig dieselben, aber zahlreicher als bei Gesunden. Ganz besonders ist es auch hier das r und l, welche zu allerhand Metathesen, Anticipationen, Postpositionen, Dissimilationen etc. Gelegenheit geben. Ausserdem findet sich, insbesondere bei den Paralytikern, eine Reihe eigenartiger Fehler, formell characterisirt durch unmotivirte Auslassungen und Kürzungen, Wiederholungen, Substitutionen oder Hinzufügungen zusammenhangloser Wörter und Wortfolgen, eigene Wortbildungen und Abwesenheit jeder Kritik für die entstandenen Unrichtigkeiten.

Aus den Zusammenstellungen ist ersichtlich, dass Collisionen zweier Lautgebilde nur dort eintreten können, wo es sich um gleiche physiologische Valenzen handelt. Die höchste Werthigkeit besitzen der Anlaut der Wurzelsilbe, des Wortes und die betonten Vocale, ausserdem haben besonders hohe Valenz r, l, die Zischlaute und die specifischen Laute fremder Sprachen. Dieses Gesetz gilt nicht nur für die Laute allein, sondern zum Theil auch für die gleichwerthigen höheren (grammatischen) Spracheinheiten.

Vom physiologischen Gesichtspunkte ist daran zu erinnern, dass bereits der einzelne Laut an sich sozusagen eine physiologische Abstraction darstellt, welche in Wirklichkeit als hochorganisirter Bewegungscomplex aufzufassen ist. Daraus ergiebt sich, dass er im Gehirn nicht localisirt werden kann. Die Annahme specieller Lautcentren, mit der es Meringer ernst zu sein scheint, da auch auf linguistische Gründe gestützte Vermuthungen über ihre gegenseitige Anordnung ausgesprochen werden, ist mit der Gehirnmechanik unvereinbar. Die einzelnen Hirnelemente und ihre Gruppen haben weder Laute, noch Wörter, noch Begriffe festzustellen, sondern die viel einfachere Aufgabe, ihre specifischen Schwingungsfrequenzen, welche sie aus den eintretenden Molecularbewegungen herauszusortiren haben, aufzunehmen und abzugeben. Jentsch.

XXXIV) **Jos. Breuer** und **Sigm. Freud**: Studien über Hysterie. (Leipzig und Wien 1895)

Vor 3 Jahren veröffentlichten Breuer und Freud im Neurologischen Centralblatt einen Aufsatz über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene, in welchem sie der Ansicht Ausdruck gaben, dass die hysterischen Symptome ihre Entstehung irgend einem bestimmten Vorfalle (psychisches Trauma) verdanken, auf welchen Seitens des Individuums die adäquate physiologische Reaction ausgeblieben sei. Dabei fehle die Erinnerung an das betreffende Ereigniss dem Kranken entweder ganz oder sei nur dunkel und summarisch erhalten. Gelänge es, dieselbe später wieder zu voller Helligkeit zu erwecken und den ursprünglich unterdrückten Affect nachträglich frei zu machen, so schwinde dadurch das betreffende specielle Symptom: es werde „abreagirt". Letzteres geschehe am einfachsten durch die Aussprache des Patienten. Dieses artificielle „Abreagiren pathogener Vorstellungen" sei bei der Hysterie therapeutisch mit grossem Nutzen zu verwerthen.

Der vorliegende Band bringt jetzt eine ausführliche Darstellung und Vertiefung der Grundideen des beregten Artikels. Die Ausführungen, welche für die Lehre von den Neurosen als von hohem Interesse bezeichnet werden müssen, sind dabei nicht eigentlich scharf systematisirt, sondern

gehen darauf aus, durch möglichst vielseitige und wechselnde Beleuchtung aus dem pathologischen Beobachtungsmaterial einige bestimmte Begriffe herauszuheben, welche beim Zustandekommen der ideogenen Zustände höchst wahrscheinlich eine sehr wesentliche Rolle spielen.

Betreffs der Genese der einzelnen hysterischen Phänomene werden hauptsächlich zwei Quellen unterschieden:

1. Die psychische „Abwehr". Diese besteht darin, dass eine mit dem bisherigen Vorstellungsinhalte unvereinbare Vorstellung nicht zu diesem in Beziehung tritt, sondern psychisch isolirt bleibt („abgewehrt wird"). Während nun normalpsychologisch der jeder regulär eintretenden Vorstellung anhaftende Affect durch die fortwährende associative Reibung des letzteren mit dem Vorstellungsensemble allmählich abklingt, so erhält er sich hier im Gegentheil mit dem zu Grunde liegenden Bilde in gleicher Stärke. Die Energien dieser solitär fortexistirenden Gruppen nun, welche im gesunden psychischen Haushalt centroperipher zweckmässig verwerthet worden wären, äussern sich jetzt als hysterisches Symptom.

2. Das Hypnoid. Hierunter wird ein Zustand verstanden, welcher durch Stockung des Gedankenablaufs und mehr oder minder vollständige Amnesie für die in ihm gebildeten Associationen im normalen Verhalten characterisirt ist. Er entsteht besonders dann, wenn eine stark affectiv betonte Vorstellungsgruppe sich andauernd ins Bewusstsein einstellt (Verliebtheit, Kummer, Angst, Krankenpflege). Die so erzeugte cerebrale Spannung kann sich dann leicht in ein peripheres Symptom umsetzen. Der Zusammenhang der Grundvorstellung mit diesem wird dabei vom Kranken übersehen. Solche Vorstellungen werden als „unbewusste" oder „bewusstseinsunfähige" (d. h. unfähig, ins Bewusstsein zu treten) bezeichnet. Auf diesem Wege bilden sich bereits die Rudimente einer Spaltung der Psyche. Je öfter sich diese Zustände wiederholen, wozu starke Affecte, Dämmer- und Erschöpfungsperioden am meisten Anlass geben, desto deutlicher tritt diese hervor, bis sich schliesslich die ausgebildete „double personne" präsentiren kann. Die graduell schwankende Dissociation der Persönlichkeit, welche sich auch aus jenen abgespaltenen Vorstellungsgruppen, welche durch die psychische „Abwehr" bedingt sind, entwickelt, ist das Grundphänomen der hysterischen Erscheinungen.

Die Umwandlung solcher pathogen gewordenen Vorstellungen in ein körperliches Symptom, d. h. die Umsetzung der cerebralen Erregung in einen abnormen Reflex wird „Conversion" genannt. Sehr häufig erscheint sie in einem Gebiet, welches vorher schon irgendwie afficirt war, oder in welchem während der schädlichen Einwirkung gerade ein Innervationsvorgang statthatte. Die abnorme Bahn, welche gewöhnlich sehr rasch ausgefahren wird, bleibt hysterisch behaftet, so lange nicht die verursachende Vorstellung in den allgemeinen Associationsbereich gezogen wird.

Was die Entstehungsbedingungen dieser Erscheinungen anlangt, so wird angenommen, dass das Gehirn des Hysterikers ein gewisses pathologisches Erregungsplus besitze. Die cerebrale Spannung, welche durch die Einwirkung der grossen physiologischen Bedürfnisse auf die Hirnelemente entsteht, besitzt in der Norm eine gewisse Optimalstärke. Wird diese überschritten, so sucht der Organismus den Ueberschuss auszugleichen,

indem er ihn als Innervationsakt abströmen lässt („Tendenz zur Constanterhaltung der intracerebralen Erregung“). Abgesehen von dieser Erregungssteigerung tritt bei der Hysterie auch der Erregungsstrom mehr oder weniger leicht in Bahnen, welche normal nicht oder nur sehr wenig in peripherer Richtung zugänglich oder durch starke Isolirungen vom Cerebralsystem getrennt sind (sensible und vegetative Sphäre).

Den Hauptantheil an der Bildung hysterischer Symptome schreiben die Autoren der Sexualität zu. So z. B. ist es eine gewöhnliche Form des Entstehens der Abwehrhysterie, dass Individuen, bei welchen die Begriffe von Moral und Aesthetik sehr ausgebildet sind, beim Auftreten sexueller Vorstellungen diese durch den Process der Abwehr aus ihrem Denkbereich ausschalten. Hier provocirt dann die ignorirte Vorstellung die Symptome. In diesem Sinne besteht das alte Wort „virginum et viduarum affectio“ oft zu Recht, nur mit dem Unterschiede, dass es nicht unmittelbar der Sexualtrieb ist, welcher die Krankheit verschuldet, sondern seine pathologische Neutralisation. Hieraus erklärt sich wiederum die besonders von Charcot behauptete völlige Beziehungslosigkeit zwischen Hysterie und Geschlechtstrieb. Die Bedeutung der sexuellen Vorgänge als Quelle der Neurose liegt namentlich auch in ihrer hohen affectiven Betonung (Disposition zur Entstehung hypnoider Zustände).

Auf vorstehenden Anschauungen haben nun die Verfasser eine eigene psychotherapeutische Methode aufgebaut, welche sie als die „kathartische“ bezeichnen. Es handelt sich hierbei darum, einmal die pathogene Vorstellung aufzusuchen und zweitens zu erreichen, dass die Kranken diese dann wirklich als die ursächliche recognosciren. Entweder sind ja solche Vorstellungen gänzlich unbewusst oder sie erscheinen dem Inhaber nebensächlich und ätiologisch belanglos, da sie ihres begleitenden Affectes beraubt wurden. Der einfachste Weg, direct zur pathogenen Vorstellung vorzudringen, wäre die Hypnose, in welcher übrigens das Symptom auch durch Gegensuggestion zu beeinflussen wäre; doppelt zweckmässig, weil in diesem Zustande auch der Inhalt des hysterischen Hypnoids leicht zu erfahren ist, für welchen im Wachen gewöhnlich Amnesie besteht. Jedoch ist die Anwendung dieses Hilfsmittels einerseits eine beschränkte, andererseits wird es aber durch die kathartische Methode überhaupt entbehrlich. Letztere geht darauf aus, zunächst den Anlass des Ausbruchs des betreffenden Symptoms festzustellen. Bei der Fragestellung bedienen sich die Verfasser zur besseren Sammlung des Patienten eines mässig andauernden Stirndrucks mit beiden Händen und verpflichten den Kranken, das in diesem Momente auftauchende Bild anzugeben, selbst wenn es in gar keinem Zusammenhange mit der Sache zu stehen scheine. Bei der entsprechenden Ausdauer stellt sich dann gewöhnlich ein Bild ein, welches als Zugangsglied zu einer associativen Reihe betrachtet werden kann, an deren Ende die pathogene Vorstellung steht. Diese Reihe durch weitere Fragestellung unter Zuhilfenahme der erwähnten Druckprocedur in ihren einzelnen Etappen zu entwickeln, ist jetzt die Aufgabe des Arztes. Der psychische Widerstand des Kranken pflegt meist bedeutend zu sein und sich in zahlreichen bewussten und unbewussten Ausflüchten zu äussern. Er stellt, psychomechanisch gesprochen, die „Abwehrleistung“ dar, welche nun durch einen

entsprechenden psychischen Kräfteaufwand seitens des Arztes ausgeglichen werden muss. Auf diese Weise gelingt es meist, die Grundvorstellung aufzudecken, und nachdem der Kranke selbst den Zusammenhang eingesehen hat, stellt sich auch ohne Schwierigkeit die entlastende affective Entladung ein.

Die kathartische Methode, welche grossen Aufwand an Zeit und persönlichem Interesse von Seiten des Arztes, sowie grosses Vertrauen des Patienten erfordert, ist verwendbar für alle rein hysterischen Symptome, für den hysterischen Antheil gemischter Neurosen und für gewisse Formen von Zwangsvorstellungen. Die hysterischen Stigmata selbst werden davon nicht beeinflusst, die hysterische Diathese bleibt bestehen und der Entstehung neuer Symptome wird dadurch nicht vorgebeugt:

Der Schluss des therapeutischen Kapitels enthält eine Darstellung, wie man sich die Organisation eines psychopathogenen Gebildes etwa zu denken hat.

Die erörterten Sätze werden durch 5 ausführliche Krankengeschichten illustrirt, welche eine Fülle interessanter Einzelheiten enthalten.

Jentsch.

XXXV) **L. Bianchi:** Di una nuova forma di neurastenia parziale. (Anagnosiastenia.)

(Estratto degli annali di Neurologia. Anno XIII. fasc. 1. Napoli 1895.)

Anagnosiasthenie nennt Bianchi eine Lesestörung, welche bei Neurasthenikern vorkommt und durch die Unfähigkeit, die Lectüre fortzusetzen und zwar auf Grund von ausgesprochenem Unwohlsein, Kopfweh, Schwindel, characterisirt ist. Diese Form wäre hiernach zu unterscheiden von der sonst gewöhnlich beobachteten neurasthenischen Lesestörung, welche in der Unmöglichkeit, dem geforderten Gedankengange zu folgen oder in asthenopischen Beschwerden ihre Ursache hat. In einigen der 12 beobachteten Fälle wurden allerdings Asthenopie (und Astigmatismus) zugleich nachgewiesen. Immer handelte es sich um sehr intelligente Personen, welche viel gelesen und geschrieben hatten. Neuropathische Disposition lag meist vor, eigentlich nervöse Störungen anderer Natur als der beschriebenen fehlten dagegen fast immer. Die Affection schwand in einem Theile der Fälle durch Schonung, Electricität und methodische Leseübungen.

Das beschriebene Leiden hat offenbar grosse Aehnlichkeit mit den Beschäftigungsneurosen, welche von Bianchi ebenfalls als „partielle Neurasthenien" angesprochen werden. Diese werden theilweise auf starke, nicht mehr auszugleichende histio-chemische Alterationen in bestimmten isolirten Innervationsgebieten zurückgeführt, welche zuweilen wiederum weiter schwere Processe allgemeiner Art (Paralysis progressiva!) nach sich ziehen sollen. Eine derartige unmittelbare Verknüpfung von Dementia paralytica und Tabes mit Schreibkrampf, Cerebrasthenie und functioneller Impotenz, wie sie Bianchi construirt, wird schwerlich Anhänger finden, so lange wir das wesentliche Moment in der Aetiologie der genannten Leiden in der specifischen Infection suchen müssen.

Jentsch.

XXXVI) **L. Löwenfeld**: Ueber „Witterungsneurosen".
(Münch. med. Wochenschr 1896, Nr 5 Separat Abdruck)

Dass bei einer grossen Reihe von Nervenkrankheiten der Wechsel der Witterung auf die Intensität des Leidens von Einfluss ist, dürfte zur Genüge bekannt sein. Verf. führt übrigens hierfür auch verschiedene Belege an. Weniger bekannt dürfte indessen die Thatsache sein, dass es „neuropathische Zustände giebt, deren Gegenwerth sich ausschliesslich bei gewissen Witterungsverhältnissen durch Beschwerden verräth, in der übrigen Zeit dagegen keinerlei oder geringfügige und transitorische Störungen bedingt". Für diese Affectionen schlägt L. die Bezeichnung „Witterungsneurosen" vor.

Seinen Erfahrungen zufolge äussern sich die durch die Witterungsneurosen bedingten Störungen in 2 Formen, durch sensible Reizerscheinungen (das sogen. Gliederreissen) resp. Parästhesien und durch motorische Schwäche (Schwächezustände in den Armen). Zur Illustration führt Verf. 5 Beispiele an.

Die Witterungsneurosen treten sowohl isolirt als auch als Complication anderer Nervenleiden (hauptsächlich neurasthenischer Zustände) auf. — Frauen scheinen häufiger als Männer davon befallen zu werden. Hereditäre Momente spielen eine grosse Rolle; auch Diathese scheint mitzusprechen. Auslösendes Moment war in manchen Fällen eine fieberhafte Allgemeinerkrankung. Welche metereologischen Factoren als solche Momente wirksam sind, lässt sich zur Zeit noch nicht klarstellen; es scheinen jedoch deren verschiedene mehr minder thätig zu sein: barometrischer Druck, Bewegung, Temperatur, Feuchtigkeit, Electricitäts- und Ozongehalt der Luft. In erster Linie dürften Feuchtigkeitsgehalt der Luft, Gehalt an atmosphärischer Electricität, zum Theil vielleicht auch Ozongehalt der Luft als die veranlassenden Momente anzusehen sein.

Den Sitz der Affection verlegt Verf. im Allgemeinen in den peripherischen Abschnitt des Nervensystems, incl. der spinalen Wurzeln, möchte jedoch das Vorhandensein central bedingter Formen nicht ausschliessen.

Die Prognose ist bei Individuen jüngeren oder mittleren Alters und ohne specielle hereditäre Belastung eine nicht ungünstige. — Die Diagnose erheischt grosse Vorsicht. — Die Therapie besteht in einer Kräftigung des Nervensystems durch roborirende Behandlung, locale Galvanisation und Massage.

Buschan.

XXXVII) **Navratil** (Arco): Die Elemente der psychischen Therapie.
(Wien 1896. Verlag von J. Safar.)

Die nicht ganz 38 Seiten umfassende Schrift wäre gewiss als eine anerkennenswerthe Leistung zu begrüssen, wenn der Inhalt dem Titel einigermassen entsprechen würde. Jeder, der mit dem gegenwärtigen Stande der psychischen Therapie vertraut ist, wird zugeben, dass es nicht sehr leicht sein dürfte, die Elemente dieser Therapie in so knappen Umrissen befriedigend darzustellen. Einen Versuch in dieser Richtung hat der Verfasser jedoch nicht unternommen und zwar offenbar aus dem Grunde, weil seine Kenntniss der behandelten Materie eine zu mangelhafte ist. Seine Ausführungen erheben sich nicht über das Niveau einer mit Citaten gespickten Plauderei.

welche übrigens zum Theil noch Themata behandelt, die mit der psychischen Therapie nur entfernt zusammenhängen (Studium der Philosophie, der Geschichte der Medicin etc.). Die Meinung des Autors, dass die Schrift, wenn auch nicht den erfahrenen Practikern, so doch wenigstens den jüngeren Collegen von einigem Nutzen sein dürfte, können wir leider nicht theilen.

L. Löwenfeld.

XXXVIII) v. **Krafft-Ebing**: Der Conträrsexuale vor dem Strafrichter. De Sodomia ratione sexus punienda. De lege lata et de lege ferenda. Zweite vermehrte Auflage.

(Leipzig und Wien. 1895. 112 Seiten.)

Die erste Auflage des vorliegenden Buches ist in diesem Centralblatte 1894, Seite 446, besprochen worden. So sehr wir die grossen Verdienste des Verfassers um die sexuelle Psychopathologie anerkennen, so können wir doch die Nothwendigkeit, von dem vorliegenden Buche nach einer Frist von $1^1/_2$ Jahren eine zweite Auflage herauszugeben, nicht mit ungemischter Freude begrüssen. Ist es nur das wissenschaftliche Streben von Aerzten und Richtern, welches eine zweite Auflage in so kurzer Zeit erheischt? Wir lesen Mittheilungen über die hier behandelten Gegenstände lieber in Fachzeitschriften, als in selbstständig erscheinenden Büchern.

Otto Snell.

XXXIX) L. v. **Frankl-Hochwart**: Der Menière'sche Symptomencomplex. — Die Erkrankungen des inneren Ohres.

(Wien 1895. Alfred Hölder.)

Das Buch ist ein Theil der von Nothnagel herausgegebenen „Speciellen Pathologie und Therapie". — Die erstere für den Otologen wie Neurologen gleichmässig werthvolle Arbeit bringt ein neues Eintheilungsschema, an der Hand dessen die einzelnen Formen möglichst scharf begrenzt abgehandelt werden. I. Als echter M. S. wird die spontan einsetzende, apoplectische Erkrankung bei bisher intactem Gehörorgan abgetrennt (27 Fälle der Litteratur, 3 eigene); daran schliesst sich die traumatische (auch durch Luftdruckänderung und starken Schall). II. M. Symptome gesellen sich zu vorher bestandenen Ohrenleiden: des Mittelohres, des Labyrinthes, des Nerven, vielleicht auch des äusseren Ohres, bei welch' letzteren aber Verf. eher an Mitbetheiligung des mittleren Ohres zu glauben geneigt ist. — Der sogen. „Ohrenschwindel" reiht sich also grösstentheils in diese umfassende Categorie, zum Theil auch in die III. der durch äussere Eingriffe und Einflüsse bedingten Fälle. IV. Als Pseudo-M. wird zweckmässiger eine bei Hysterie, Epilepsie und Migräne vorkommende M. Trias bezeichnet, die nach abgeklungenem Anfall keine Hörstörung hinterlässt.

Eingehend wird unter den Symptomen besonders die Trias (Ohrensausen, Erbrechen, Schwindel), unter der Pathologie auch die Physiologie des Ohrlabyrinthes gewürdigt. — Den Practiker wird, einer so hartnäckigen und zuweilen furchtbaren Erkrankung gegenüber, vielleicht der Abschnitt „Therapie" am wenigsten befriedigen; die „Differentialdiagnose" wird ihn entschädigen. — Eine vorzügliche Litteratursammlung bildet den Schluss.

Die zweite, hauptsächlich für den Internisten gedachte Arbeit zerfällt in 2 Theile. — Der erste, allgemeine, bietet gerade dem Neurologen

eine vorzügliche, durchaus ausreichende Anleitung zur Verwerthung otologischer Befunde. Klar und scharf wird die diagnostische Werthigkeit der üblichen Prüfungsmethoden bestimmt (u. a. des Weber'schen, Rinne-schen, Gellé'schen Versuches, der Bestimmung der Kopfknochenleitung, der Perceptionsdauer, wobei Ref. als einfache und um eine Fehlerquelle ärmere Prüfung die mit dem Kayser'schen Schallstab vermisst).

Im speciellen Theile hebe ich als besonders anziehend und erschöpfend durchgearbeitet die Beziehung des inneren Ohres zu den organischen Erkrankungen des Centralnervensystems, speciell zur Tabes, und die Krankheiten des Hörnerven hervor.

Löwenthal (Breslau).

III. Original-Vereinsberichte.

70. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irren- und Nervenärzte zu Breslau am 29. Februar 1896.

112) Fortsetzung der Discussion zu dem Vortrage von **Klinke** (Tost): „Zur Frage der Unterbringung irrer Verbrecher in den schlesischen Anstalten“.

Kurella sucht ausführlich darzulegen, dass die von Kl. aufgeworfenen Fragen auf dem Boden des giltigen Rechts, auf den sich Klinke zu ausschliesslich gestellt hat, nicht befriedigend zu lösen sind, da heute der Verbrecher nach Ablauf seiner Strafzeit im Falle seiner geistigen Erkrankung unweigerlich in die öffentliche Anstalt kommt. Soweit solche Fälle in den Anstalten störend wirken, handelt es sich in der Regel um unverbesserliche Verbrecher, gleichviel, ob dieser Zustand nun angeboren oder erworben ist. Redner sucht ausführlich darzuthun, dass mit Erfüllung der Forderung einer dauernden Internirung der Unverbesserlichen, wie sie heute auch von der Elite der Criminalisten und Verwaltungsbeamten erhoben wird, jeder Grund fortfallen wird, solche Individuen im Falle einer ausgebrochenen Psychose aus der Internirung heraus und in eine öffentliche Heilanstalt zu bringen; im Rahmen der zu schaffenden Fürsorge für die Verbrechernaturen wird auch eine sachkundige Behandlung intercurrirender Psychosen geleistet werden können, und im Falle der Unheilbarkeit heisst es: a potiori fiat denominatio; dann handelt es sich in erster Linie um einen Verbrecher und den Schutz der Unbescholtenen vor ihm.

Ein Punkt, den Klinke nicht berührt hat, die Entlassung irrer Verbrecher aus der Irrenanstalt, ist eine Quelle von so vielen und so grossen Schwierigkeiten, dass sie allein schon jeden Irrenarzt zur energischen Betheiligung an dem Streben nach Reform des Strafvollzugs veranlassen sollten.

Klinke steht noch heute auf dem Standpunkte, dass es auch der modernst eingerichteten Irrenanstalt unbedingt obliegt, für sichere Verwahrung aller Arten von Kranken, zu denen auch unzweifelhaft die den Provinzen zur Last fallenden unheilbar irren Verbrecher gehören, zu sorgen. Bei der Lage der Gesetzgebung sind alle Versuche, diese Klasse von Kranken abzustossen, als aussichtslos zu erachten. Die Lösung der Frage

darf freilich nicht so versucht werden, dass die „moderne Anstalt“ alle vorbestraften Individuen als ungeeignet zurück- und der alten Pflegeanstalt zuweist. Die Frage der Entlassung gehöre nicht zum Thema, die darauf bezüglichen Ausführungen ständen also nicht zur Discussion. Gegenüber dem von Neisser ausgesprochenen Zweifel, ob der heutige Strafanstalts-Decernent im Ministerium des Innern heute noch auf seinem 1885 eingenommenen Standpunkte stehe, theilt Redner mit, dass dieser Beamte ihm nach seinem Vortrage seine vollkommene Uebereinstimmung mit den Ausführungen des Vortragenden ausgesprochen hat. Der Vorschlag Petersen's, die irren Verbrecher in einer Correctionsanstalt zu deteniren, dürfte in der Praxis zu Conflicten zwischen den Aerzten und der Verwaltung führen. Zudem soll ja gerade die Anhäufung der gefährlichen Elemente an einem Punkte vermieden werden. Wenn die Anstalten nicht mehr überfüllt und die gefährlichen Elemente gleichmässiger vertheilt sind, wird eine Besserung der heute vorhandenen Missstände eintreten. Ohne Sicherheitsmassregeln kann auch eine Verbrecher nicht beherbergende Irrenanstalt nicht auskommen, gewisse störende Elemente werden auch dann abgetrennt werden müssen, ohne dass dadurch die freiere Bewegung der anderen leidet. Die Missstände der Ueberfüllung und die Unmöglichkeit, genügend zu individualisiren, scheinen sich auch in Brieg und Owinsk fühlbar gemacht zu haben. Unzulängliche Einrichtungen dürfen aber nicht bestimmend für principielle Entscheidungen sein; ebenso wenig die Antipathie gegen die vorbestraften Irren. Ein unheilbar irrer Verbrecher ist für den Irrenarzt nur ein Kranker.

Neisser bezweifelt, dass es zu einer Behandlung der Unverbesserlichen kommen wird, unter der nicht öfters Menschen mit verbrecherischem Vorleben einer Irrenanstalt aus der Freiheit zugeführt werden. Er wirft die Frage auf, ob man in Ostpreussen solche Fälle nach Tapiau (Correctionsanstalt) senden und ob man dort auch irre Verbrecher nach Ablauf ihrer Strafdauer zurückbehalten wird.

v. Kunowski (Kreuzburg) glaubt, dass der Hinweis Kurella's auf eine radicale Lösung der Frage practisch zunächst nicht in Betracht käme. Für die Praxis bliebe nach Lage der Dinge nur der eine Weg, durch die Art der Vertheilung der irren Verbrecher über die Anstalten und durch zweckmässige Anstaltseinrichtungen die durch diese Kranken verursachten Uebelstände thunlichst einzuschränken.

Wernicke wünscht die Behandlung der irren Verbrecher zu einer Specialität innerhalb der Psychiatrie gemacht zu sehen, da die Besonderheiten dieser Categorie ein specielles Studium erheischen. Practisch angesehen ist die moderne Irrenanstalt nicht mehr ein Gefängniss, wie die alte, und sie darf der Verbrecher wegen nicht wieder auf den alten Standpunkt zurückgeschraubt werden. Wenn uns amtlich erklärt werden sollte, dass keine Aussicht auf die staatliche Fürsorge für die irren Verbrecher vorhanden sei, so darf das für uns nicht massgebend sein. W. verlangt vom Staate, dass er ihn gegen die Verbrecher auf alle Fälle schütze, — wenn es nicht anders geht, dadurch, dass er einen Posten mit geladenem Gewehr vor die Thür des Gefangenenhauses stellt. Der gehört aber nicht vor das Thor der Irrenanstalt, denn es liegt durchaus nichts daran, wenn ein Irrer auch einmal aus der Krankenanstalt entweicht; das ist ein ganz

harmloses Erreigniss, von der Selbstmordgefahr abgesehen. Dazu kommt, dass in unseren Anstalten heute die Verbrecher den Kranken den Platz wegnehmen. Wir Irrenärzte haben also allen Anlass, zu fordern, dass für die Verbrecher in besonderer Weise gesorgt wird.

Klinke hält Sicherheitsmassregeln auch in der modernen Irrenanstalt für unentbehrlich, zumal die Entweichung gewisser Irren ebenso gefährlich werden könne, wie diejenige eines irren Verbrechers. Aber auch diesem darf bei Entweichungsversuchen nicht anders als wie einem Kranken gegenübergetreten werden. Entgegen Wernicke sieht er weder einen Vortheil in einer Specialität für irre Verbrecher, noch erwartet er eine Verminderung der Ueberfüllung in der Entfernung der Verbrecher aus den öffentlichen Anstalten.

Wernicke beantragt, von der Fassung einer Resolution zu diesem Thema Abstand zu nehmen und spricht darauf im Namen des Vereins dem Vortragenden den Dank für seine Anregung und Mühewaltung aus.

113) **L. Mann** (Breslau) demonstrirt einen Fall von Muskelatrophie bei progressiver Paralyse. Der Kranke wurde im Jahre 1894 mit psychischen Symptomen von Paralyse eingeliefert, es bestanden spastische Erscheinungen an den unteren Extremitäten und Schwäche der Dorsal-Flexoren der Füsse. Später Ataxie und Quadriceps-Schwäche. $1^1/_2$ Jahre nach der ersten Beobachtung constatirte man: Zunahme der Demenz, starke Sprachstörung und die ausgedehnte Muskelatrophie, welche Vortragender demonstrirt. An den Unterschenkeln ist die Muskulatur und sowohl Flexion wie Extension gut erhalten; am Oberschenkel sind Quadriceps und Glutäus maximus hochgradig atrophisch; erhalten: Kniegelenkbeuger, Adductoren, Sartorius und Tensor fasciæ. Sehnenphänomene schwach, mässige Ataxie, Romberg.

Pectorales in der unteren Portion beiderseits stark geschwunden, latissimi fast ganz geschwunden, supraspinatus, teres, cucullaris intact; am Oberarme triceps und die Beuger ganz atrophirt; deltoides übernormal. Unterarm intact bis auf den sehr dünnen Supinator longus. Electrische Erregbarkeit der atrophischen Muskeln herabgesetzt, jedoch KSZ überall grösser als AnSZ; Zuckung etwas verlangsamt, doch keine Zuckungs-Trägheit. Fibrilläres Wogen der Muskulatur; keine Sensibilitätsstörungen.

Fast alle anderen Fälle von Muskelatrophie bei Paralytikern zeigen eine Localisation nach dem Duchenne-Aran'schen Typus, die speciell an den kleinen Handmuskeln beginnt. Der vorliegende Fall entspricht ganz Erb's Dystrophia muscularis progressiva. Dem entspricht auch die Volumenszunahme gewisser Muskeln, ebenso das electrische Verhalten; auch fibrilläre Zuckungen sind neuerdings bei der Dystrophie beobachtet worden. Dass das hier bei einem Paralytiker vorkommt, ist für die Pathogenese der Dystrophie interessant; denn bei diesem Paralytiker ist eine rein musculäre Erkrankung unwahrscheinlich, zumal unzweifelhaft Symptome von Seiten der Hinter- und Seitenstränge bestehen. Die Section des Falls wird demnach die Natur der Dystrophia muscularis zu beleuchten geeignet sein.

114) **Liepmann** (Breslau): Rechtsseitige Hemianopsie mit Farbensinn-Störung der linken Gesichtsfeldhälfte.

50jähriger Mann hat im October 1895 einen Schlaganfall mit schnell zurückgehender Hemiparese: rechts blieb Abnahme der groben Kraft und

Taubheitsgefühl in Hand und Wange zurück. Anfangs erhebliche Paraphasie, jetzt fehlen manchmal einige Wörter im spontanen Sprechen, beim Nachsprechen sehr schwerer Wörter zuweilen Silbenstolpern. Gelesen wird fast durchweg falsch in Folge Verkennung der meisten Buchstabenbilder. Beim Schreiben fehlen einzelne Buchstaben ganz. Psychisch grosse Gedächtnissschwäche und hochgradige Ermüdbarkeit für alle Functionen.

Hauptstörung: Rechtsseitige Hemianopsie. Fixationsgebiet beiderseits erhalten. Temporale Abblassung der Papille, Sehschärfe = $^1|_3$; in der erhaltenen Gesichtsfeldhälfte Störung des Farbensinns, nämlich Rothgrünblindheit und die von Wilbrand sogenannte „amnestische Farbenblindheit", d. h. falsche Bezeichnung der richtig erkannten Farben, hier also Blau und Gelb Die Möglichkeit einer angeborenen Roth-Grün-Blindheit ist nicht absolut auszuschliessen, doch spricht manches dagegen, so wollte P. ihm mehrfach gezeigte Blutstropfen durchaus nicht als solche wiedererkennen, ebenso wollte er in den ihm vorgelegten Wollproben keine als blutfarben anerkennen, während er die blauen, die gelben und die grünen incl. der rothen als himmel-farben, citronen-farben und gras-farben anerkannte. Ein von Geburt Farbenblinder würde nun Blut mit einer anderen Farbe sehen als der Normale. aber er würde es doch wiedererkennen. Es scheinen sich also bei dem Patienten Erinnerung an und gegenwärtige Empfindung von Roth nicht zu decken, was für eine erworbene Störung spricht.

Vortragender citirt einschlägige ältere Beobachtungen von Wilbrand und die neueren Fälle von Maack (dieses Centralblatt), Axenfeld und Bleuler und erinnert angesichts derselben an die Wilbrand'sche Hypothese von der gesonderten Existenz eines Farbsinncentrums innerhalb des optischen Gebiets. Diese Hypothese würde im vorliegenden Falle einen Herd im l. Hinterhauptlappen und einen zweiten in der Rinde des rechten fordern. Die Entscheidung über diese Anschauung dürfte von dem Ausgange von Fällen wie der vorliegende abhängen.

Ebbinghaus setzt ausführlich auseinander, dass es sich in dem demonstrirten Falle um eine typische Roth-Grün-Blindheit handle, und dass somit wohl eine congenitale Farbsinnstörung vorliege. Im Speciellen sei zu berücksichtigen, dass der Patient nicht nur Roth und Grün verwechselt, sondern dass ihm auch ein bestimmtes Blaugrün und ein dazu complementäres Carmoisinroth vollkommen neutral erscheint.

Sachs hält die vorliegende Roth-Grün-Blindheit ebenfalls für angeborene, glaubt die übrigen Erscheinungen mit Einschluss der Störung in der Bezeichnung der Farben erklären zu müssen durch Annahme einer Herderkrankung unterhalb der linken Angularwindung, welcher die subcorticalen Fasern zum linken Hinterhauptslappen und zum Theil die Fasern zwischen rechtem Hinterhaupts- und linkem Schläfenlappen beeinträchtigt.

Kurella.

IV. Referate und Kritiken.

A. Anatomie und Physiologie.

115) **W. v. Bechterew:** Die Lehre von den Neuronen und die Entladungstheorie. — Untersuchungsresultate des Nervensystems nach der Golgi'schen Methode.

(Neurol. Centralbl. 1896, Nr. 2 u. 3.)

Bei den höheren Säugethieren sind die Zellen des centralen Nervensystems mit wenigen Ausnahmen unipolar, sie besitzen ausser den sich mehr oder weniger stark verzweigenden Protoplasmafortsätzen (Dendriten) nur einen Cylinder oder Nervenfortsatz. Derselbe giebt entweder Collateralen ab und endigt schliesslich frei (motorische Zellen nach Golgi) oder zerfällt bald in eine Menge ebenfalls frei endigender Fäserchen (sensible Zellen nach Golgi). Zwischen diesen Zellen 1. und 2. Art kommen hier und da Uebergangsformen vor. Die Cylinderfortsätze (und ihre Collateralen) anastonisiren ebenso wenig wie die protoplasmatischen Fortsätze mit einander, so dass die Nervenzellen vollkommen abgesonderte Organismen (Neuronen) darstellen. Die Zellen mit langen Cylinderfortsätzen dienen zur Uebermittelung der Nervenimpulse auf entfernte Nervenzellen, die mit kurzen übermitteln die Impulse auf kurze Strecken, dafür aber gleichzeitig auf eine ganze Reihe nahe gelegener Zellen (Vereinigungszellen). Zwischen den centrifugalen und centripetalen Leitern besteht kein wesentlicher Unterschied in der Zusammensetzung der Elemente, sie unterscheiden sich nur durch die Richtung des Cylinderfortsatzes. Die Dendriten dienen nicht nur der Ernährung, sondern auch zur Leitung, wie die Cylinderfortsätze.

Die einzelnen Nervenzellen treten am häufigsten so in Wechselbeziehung, dass die Endverzweigungen der cylindrischen Fortsätze der einen Zelle mit den Dendriten und Körpern der anderen sich ohne unmittelbare Berührung verflechten (Ramon y Cajal).

Eine andere weniger häufige Verbindung benachbarter Zellen besteht in der Verflechtung der Dendriten der einen Zelle mit solchen der anderen (so in den Zellen der Kernschicht des Kleinhirns). v. B. hat aber auch gefunden, dass in der Kleinhirnrinde e i n i g e v o n d e n a u s d e r t i e f e r g e l e g e n e n K ö r n e r s c h i c h t zwischen die Purkinje'schen Zellen t r e t e n d e n A x e n c y l i n d e r n v o n d e n f e i n s t e n V e r z w e i g u n g e n d e r a u s d e n s t e r n f ö r m i g e n Z e l l e n d e r M o l e c u l a r s c h i c h t s t a m m e n d e n A x e n c y l i n d e r n u m f l o c h t e n w e r d e n.

Während die Cylinderfortsätze in centrifugaler (cellulofugaler) Richtung leiten, scheinen die Dendriten zwar in der Mehrzahl in centripetaler Richtung zu leiten, aber ebenso wie die Zellkörper selbst in beiden Richtungen leiten zu können.

Was die Frage der Uebermittelung der Erregung von einer Zelle zur [an]deren betrifft, so verbreitet sich nach B.'s Ansicht der in einer Zelle [ents]tandene Impuls durch den Nervenfortsatz bis zu den Endverzweigungen, [wel]che mit den Fortsätzen oder den Körpern einer anderen Zelle in Berührung [in] nächster Nachbarschaft sich befinden, und lässt in den letzteren einen [neu]en Impuls entstehen u. s. f. In dem Momente der Leitung entsteht in

jedem benachbarten Neuronenpaar ein Spannungsunterschied der Energie, welcher die Entladung von einem Element zum anderen zur Folge hat. Da jede Leitungsbahn wenigstens aus zwei Nervengliedern besteht, so ist es klar, dass die Leitung von der Peripherie zur Hirnrinde und umgekehrt sich aus einer Reihe von Erregungen zusammensetzt, die in den nach einander gelegenen Neuronen entstehen. Auf dieser Bahn kann die Erregung sich auch seitlich längs den Seitenzweigen der Nervenfaser verbreiten und somit sich auf andere Gebiete des Nervensystems zerstreuen und dieselben in Miterregung versetzen.

Die Anwesenheit von absteigenden Systemen in den spinalen sensiblen Nerven, sowie in Hör-, Seh- und Riechnerven scheint bei der Projicirung der erhaltenen Empfindung nach aussen eine Rolle zu spielen. Bei dem im Wesentlichen gleichen Bau der Nervenelemente liegt die Ursache für die qualitativen Unterschiede der von uns zu empfangenden Empfindungen in den peripheren epithelialen Apparaten, welche als Umbildner der äusseren Reize in eine zur Erregung der Nervenfasern vollkommen taugliche Form thätig sind. Der qualitative Unterschied unserer Empfindungen ist nach B. durchaus nicht durch die unwesentlichen Verschiedenheiten im Bau unserer Centren zu erklären, sondern befindet sich in directer Beziehung zu dem Character der Nervenerregungen an der Peripherie und der Eigenthümlichkeiten des Nervenstromes. Auch bei den centrifugalen Leitern besteht eine Abhängigkeit des an der Peripherie erregten Effectes von den Wechselbeziehungen, welche die peripheren Endigungen der Nervenfasern mit den Gewebselementen (Muskelfasern, Drüsenzellen etc.) eingehen.

Hoppe.

---

116) Hermann Schlesinger: Bemerkungen über den Aufbau der Schleife. — Vorläufige Mittheilung.

(Neurol. Centralbl. 1896, Nr. 4.)

Die Untersuchungen stützen sich auf pathologische Präparate mit Degenerationen nach Läsion der Schleife (5 Fälle aufsteigender, 1 Fall absteigender Degeneration), welche durch Spaltbildung in der Medulla hervorgerufen war.

In den obersten Abschnitten der Medulla oblongata tauchte das „laterale pontine Bündel der „Schleife" auf, welches cerebralwärts immer mächtiger werdend sich dem Lemniscus nähert, im mittleren Theil des Pons in die Schleife eintritt, sich an die Pyramidenbahn anlehnt und im späteren Verlaufe die Schleifenbahn wieder verlässt, um in den Hirnschenkelfuss zu gehen. S. hält es für möglich, dass in diesen Faserzügen die centrale Trigeminusbahn verläuft. Etwas höher taucht im Schleifengebiet dicht neben der Raphe ein Faserzug auf, welcher auf der der Bulbärläsion entgegengesetzten, also der degenerirten Seite sehr gut, dagegen auf der Seite der sonst wohl erhaltenen Schleife deutlich schwächer entwickelt war. Danach ist anzunehmen, dass in diesem nicht unbedeutenden Schleifenbündel eine ungekreuzte Verbindung von der Medulla oblongata zum Hirnschenkelfuss existirt.

Hoppe.

---

117) **C. van Walsem** (Meerenberg): Zur Methodik der Präparate des centralen Nervensystems. (Bijdragen tot de mikroskopisch-anatomische techniek van het zenuwstelsel.)

(Weekblad 1895, 31. August.)

W. giebt erst eine sehr ausführliche Darstellung des Weges, den er einschlägt, um Weigert-Präparate in Paraffin eingebettet auf's Microtom bringen zu können, sowie seiner sonstigen Modification dieser Färbemethode.

Kurella.

118) **Jelgersma** (Arnheim): Die Anatomie der Ganglienzelle.

(Weekblad 1895, 21. December.)

Eine sehr klare, kritische Darstellung der neuen Ergebnisse der Methoden Weigert's (Karyokinesen-Färbung), Marchi's und Nissl's.

Kurella.

119) **L. S. Meijer** (Zutfen): Entstehung der Hirnwindungen und Bedeutung ihrer Abweichungen. (Over het ontstaan der hersenwindingen en de beteekenis harer afwijkingen.)

(Weekblad 1895, 2. November.)

Nach Discussion der verschiedenen Theorien sieht M. die Ursache des Zustandekommens des typischen Reliefs (der Grosshirnoberfläche) „in den inneren Verhältnissen der Hirngewebe." Aehnlich sucht man bekanntlich seit langer Zeit die Ursache der schlafmachenden Wirkungen des Opiums in einer inneren „vis, quæ facit dormire".

Die Atypien bei Degenerirten betrachtet er als functionell belanglos, als blosse Degenerationszeichen. Er hält es also für die Hirnfunction von gleichem Belang, ob der Ohr-Helix oder die Schläfenwindungen abnorm configurirt sind. Diese Auffassung erfordert kein hohes Maass von Scharfsinn.

Kurella.

120) **A. Chipault** (Paris): Rapport de l'origine des nerfs rachidiens avec les apophyses épineuses.

(Nouv. Iconographie de la Salpêtrière, VII. Nr 4.)

Die häufig in der Praxis sich aufdrängende Frage nach der Topographie der spinalen Wurzeln hat bisher nur sehr unbefriedigende Bearbeitungen gefunden. Ch nennt seine Vorgänger, übergeht aber dabei die Skizze auf S. 163 des 1. Bandes von Gower's „Manual". Seine eigenen Untersuchungen beruhen auf einer sehr vollkommenen Methode. Ich beschränke mich darauf, die Hauptangaben von Ch. hier denen von Gowers gegenüberzustellen.

Chipault.	Gowers.
In der Cervicalregion muss man 1 zuzählen zur Nummer des durch Palpiren bestimmten Spinalfortsatzes, um die Ordnungszahl der in seinem Niveau entspringenden Wurzeln zu bekommen; in der oberen Dorsalregion zählt man 2, von dem 6. bis incl. 11. Fortsatz 3 hinzu; der untere Theil des letzteren und der gleich darunter liegende interspinöse Raum	Jeder cervicale Spinalfortsatz steht den unteren Wurzelfasern des darunter liegenden Nerven fast gegenüber, und vom 3.—10. Dorsalwirbel entsprechen die Fortsätze der zweitnächsten Wurzel; die vertebra prominens liegt den ersten Dorsalwurzeln gegenüber; der 11. Fortsatz entspricht dem 1. und 2. Lendennerven, der 12. dem 3., 4. und 5.;

entspricht den 3 letzten Lumbarpaaren, die 12. Apophyse und der darunterliegende Raum den Sacralwurzeln.

Es finden sich jedoch besonders für den Ursprung der Wurzeln beträchtliche individuelle Variationen; beim Kinde muss man vom 1.—4. Dorsalfortsatz 3, vom 5.—9. 4 zuzählen.

der erste Lendenfortsatz dem 1.—3. Sacralnerven, während das Ende des Rückenmarks im Niveau des oberen Theils des 2. Lendenwirbels liegt.

Kurella.

---

121) **P. Ribher:** De la forme du corps en mouvement.

(Nouv. Iconographie de la Salpêtr., VIII, Nr. 21.)

Momentphotographien der Formen der Oberarmmuskeln bei Bewegungen des Ellbogengelenks unter verschiedenen mechanischen Bedingungen.

Kurella.

---

122) **L. O. Darkschewitsch** (Kasan): Zur Frage von den secundären Veränderungen der weissen Substanz des Rückenmarks bei Erkrankungen der Cauda equina.

(Neurol. Centralbl. 1896, Nr. 1.)

Die Erkrankung der Cauda equina war bedingt durch ein Carcinom, welches die abdominale Fläche der Lendenwirbel (2., 3. und 4.) in bedeutender Ausdehnung ergriffen hatte.

Im Rückenmark waren die Hinterstränge im unteren Abschnitt bis zum 1. Lumbalsegment total degenerirt, während weiter nach oben hin die degenerirten Partien progressiv abnahmen und zwar sich immer mehr auf die medialen Abschnitte (die Goll'schen Stränge) beschränkten, welche auch noch in der Medulla oblongata Entartung zeigten. Die hinteren und vorderen Wurzeln zeigten in ihrem Verlaufe in der Rückenmarksubstanz und im Bereiche des Kreuz- und Lendentheils degenerative Veränderungen, welche im Lendentheil nach oben hin geringer wurden.

Danach hält es D. für feststehend, dass die Fasern der zur Cauda equina gehörenden Wurzel zum Theil ununterbrochen durch die ganzen Goll'schen Stränge ziehen und erst in den Kernen derselben in der Medulla ihre Endigung finden.

Wie die Kerne der Goll'schen Stränge somit als Bindeglied zwischen den sensiblen Fasern des unteren Körperabschnitts mit dem Grosshirn erscheinen, stellen die Clarke'schen Säulen die Verbindung derselben Fasern mit dem Kleinhirn her. — Die Veränderungen in den vorderen Wurzelfasern glaubt D. ebenso wie die Degeneration der sensiblen Fasern als aufsteigende Degeneration in Folge der Erkrankung der Cauda equina ansehen zu müssen.

Hoppe.

---

123) **J. Gad** und **E. Flatau**: Ueber die hohe Rückenmarksdurchtrennung bei Hunden. — Nach einer Demonstration in der Berliner physiol. Gesellsch. 6./XII. 1895.

(Neurol. Centralbl. 1896, Nr. 4.)

Die Durchtrennung wurde nach einem im Original näher beschriebenen Verfahren bei 2 Hunden vor 2 Monaten, bei einem ein paar Tage zuvor im obersten Dorsalmark ausgeführt, der 4. wurde zum Vergleich zwischen Dorsal- und Lumbalmark operirt.

Die hintere Rumpfhälfte ist am Tage nach der Operation völlig gelähmt, die vordere frei beweglich; bei Durchtrennung im oberen Dorsalmark konnte das Hinterthier, wenn auch mit Mühe, nachgeschleppt werden, bei Durchtrennung im untersten Cervicalmark ist dies unmöglich (Schwäche der Pectorales und Scapulares). An der hinteren Rumpfhälfte ist die Sensibilität aufgehoben. Plantar-, Bauch- und Cremasterreflex treten schon in den ersten Tagen nach der Operation wieder auf. Die Patellarreflexe zeigten die grössten Schwankungen. Dauernder oder auch nur wochenlanger Mangel derselben wurde nicht beobachtet, im Allgemeinen waren sie abgeschwächt, manchmal fehlten sie völlig, um bald wieder zu erscheinen. Bei Durchtrennung zwischen Dorsal- und Lumbalmark waren die Patellarreflexe stets erhöht.

Die hinteren Extremitäten wurden kurze Zeit nach der Operation wärmer als die vorderen, bald aber glich sich dies aus. Auch trat allmählich eine Abmagerung des Hinterthiers ein. Sonst wurden wesentliche vasomotorische und trophische Störungen nicht beobachtet. Hoppe.

---

124) **Alex. N. Vitzou** (Bukarest): La néoformation des cellules nerveuses dans le cerveau du signe, consécutive à l'ablation complète des lobes occipitaux.

(Bullet. méd. 1895, Nr. 77, S. 904.)

Die vielfach angezweifelte Regeneration der Nervenelemente in den nervösen Centren scheint sich nach den Versuchen, über die Vitzou berichtet, doch zu bewahrheiten. Derselbe trug am 19. Februar 1893 einem Affen die beiden Occipitallappen des Gehirns ab; die Folge war ein vollständiger Verlust des Gesichtssinns. Jedoch begann gegen den 4. Monat herum das Thier wiederum Personen und Gegenstände zu erkennen, indessen noch mit grosser Schwierigkeit. Im Zeitraum von 2 Jahren 2 Monaten hatte sich diese Fähigkeit bedeutend gebessert; der Affe war vollständig im Stande, Hindernissen aus dem Wege zu gehen. Am 24. April 1895 wiederholte V. das Experiment. Zu seinem Erstaunen sah er den ganzen Raum, der ehemals durch die Hinterhauptslappen eingenommen wurde, vollständig durch eine Masse neugebildeter Substanz ausgefüllt. Die microscopische Untersuchung dieser Neubildung liess die Anwesenheit von pyramidalen Nervenzellen und Nervenfasern erkennen. Die Neuroglia war in beträchtlicher Menge vertreten; die Nervenzellen dagegen in geringerer Menge als an den Occipitallappen des Erwachsenen, indessen waren solche doch constant in der neugebildeten Masse vorhanden.

Es folgt aus diesem Befunde, dass diese neue Substanz nervöser Natur ist. Sie darf indessen nicht als eine Hypertrophie der vorderen Hirnregion

nach hinten aufgefasst werden, sondern als eine Neubildung von Nervenzellen und Fasern selbstständiger Natur. Wenn die erstere Annahme der Fall wäre, dann hätte das Thier seine Fähigkeit zu sehen nicht wieder erlangt; ausserdem spricht hiergegen die Form der Gehirnoberfläche.

Vitzou hat nun zum zweiten Male das Experiment gemacht. 3½ Monate war derselbe Affe vollständig blind; seitdem aber beginnt er schon wieder Zeichen für das Wiedererscheinen der Sehkraft darzubieten.

Buschan.

---

125) **Seggel**: I. Kurze Mittheilung über die Augen bezw. Sehorgane der im März 1894 sich in München vorstellenden Lappländerkarawane.

II. Die Augen der Hawaien.

(Correspondenzblatt der deutschen Gesellschaft für Anthropologie, Ethnologie und Urgeschichte. Jahrg. XXV, S. 51.)

Seggel untersuchte die Augen von 15 Lappländern. Davon zeigten 8 eine übernormale Sehschärfe, 3 sogar eine solche von $^5/_2$, d. i. eine mehr als doppelt so gute als die S., welche man als die normale annimmt. Bei dreien liess sich eine normale S constatiren, bei 4 S $<$ 1. Bei den letzteren waren 2 Hypermetropen, 2 hatten Hornhautnarben. In 3 Fällen lag ein Arcus senilis vor, darunter merkwürdiger Weise bei einer 34jährigen Frau. Der Farbensinn war bei Allen gut. Farbe der Augen bei 13 braun, bei je 1 blau und blaugrau. Trotzdem die craniometrische Untersuchung Brachycephalie und Chamæprosopie, d. h. breite Gesichtsform ergab, stellten sich die Augenhöhlen mit Ausnahme von einer als hypsikonch heraus. Der durchschnittliche Orbita-Index betrug 89. — Ihrer finnisch-mongolischen Abstammung entsprechend wiesen die meisten eine ausgesprochene Mongolenfalte auf, doch ist es nicht diese allein, die den Schiefstand der Lidspalte bedingt, vielmehr liess sich durch Messungen feststellen, dass der äussere Augenwinkel in der That durchschnittlich 2½ mm höher steht als der innere. Noch characteristischer aber als der Schiefstand der Augenspalte erschien Verf. der Umstand, dass dieselbe sehr schmal ist: ihre Höhe beträgt kaum 9 mm.

Auch bei den 4 jugendlichen Bewohnern von Hawai, die sich vorübergehend im Panopticum zu München aufhielten, zeichnen sich nach Seggel die Augen nicht nur durch ihre tiefdunkle Iris, sondern auch durch ihre hervorragende Sehkraft aus. Sämmtliche Augen waren emmetropisch. Farbensinn vorzüglich. Trotzdem Alle chamæprosop sind, ist nur eine chamækonch (mit einem Index von 81), zwei sind mit einem Index von 85 und 86,8 mesokonch und einer mit dem hohen Index von 94 sogar hypsikonch.

Die Augenhöhlenöffnungen sind bei Allen auffallend weit. Der Abstand der Pupillenmitten durchschnittlich 63 mm. Alle haben Epicanthus und einen Höhenstand des äusseren Augenwinkels. Breite der Lidspalte 30 mm, Höhe 11½ mm (gegenüber 9 mm Durchschnittshöhe beim Europäer).

Bach.

B. Nervenheilkunde.

Specielle Pathologie.

Neurosen.

126) v. **Hösslin** (München): Neues zur Pathologie des Morbus Basedowii. (Münchener med. Wochenschrift 1896, Nr. 2.)

Die reiche Litteratur, welche in den letzten Jahren über jenes Krankheitsbild erwachsen ist — neueste Monographien von Mannheim und Buschan — erhält durch die Arbeit H.'s eine wesentliche Ergänzung.

H. fasst das Resultat seiner Beobachtungen unter folgende 5 Gesichtspunkte zusammen:

1. Rhythmische Schwankungen der Pulsfrequenz.

   Abhängigkeit dieser von der Tageszeit in der Weise, dass die Frequenz des Morgenpulses die des Abendpulses um so mehr überstieg, je höher die letztere war.

2. Paroxysmale Tachycardie und deren Ablauf.

   Plötzlicher, von Angstgefühlen begleiteter Uebergang von der habituellen Tachycardie zu anfallsweisen Paroxysmen, in denen die Pulsfrequenz von 130 Schlägen bis zu 220—250 anwuchs. Ruckweiser Abfall, der dem Kranken in Form einer sehr heftigen Herzcontraction zum Bewusstsein kam.

3. Schwankungen der Herzgrösse und des Lumens der Herzostien.

   Mit der Zunahme der Krankheit konnte eine zunehmende Hypertrophie und Dilatation des Herzens nachgewiesen werden. In dem Maasse, als die übrigen Krankheitszeichen schwanden, bildeten sich auch die Störungen am Herzen zurück. Gegenwärtig — der Kranke ist nach 8jähriger Krankheitsdauer genesen — ergiebt die physik. Untersuchung des Herzens normale Verhältnisse.

4. Beziehung zwischen Grösse der Struma und den paroxysmalen tachycardischen Anfällen.

   Es zeigte sich, dass je nach der Intensität des Anfalls die Struma regelmässig kleiner und kleiner wurde. Im schwersten tachycardischen Anfall, den der Kranke zu überstehen hatte, verschwand dieselbe vollständig. Nach Ablauf der paroxysmalen Tachycardie war wieder ein allmähliges Anwachsen der Schilddrüse zu constatiren.

5. Leukoplasia linguæ und Abhängigkeit ihrer Intensität von der Schwere der Basedow'schen Krankheit.

   H. führt jene Veränderungen des Zungenepithels, welche sich auf der Höhe der Krankheit zu ausgesprochener lingua geographica steigerten, auf Sympathicusbetheiligung zurück.

Von den vielen therapeutischen Versuchen, welche während einer 6jährigen Anstaltsbehandlung gemacht wurden, erwähnt H. nur zwei: Opiumbehandlung der tachycardischen Anfälle und das vegetarianische Régime. Clysmata mit 20—30 Tropfen Tr. Opii spl. — per os wurde Opium nicht vertragen — in einem schleimigen Vehikel brachten dem Kranken auch in den schwersten Anfällen Erleichterung und Nachlass der ängstlichen Depression.

Der consequent durchgeführten Verköstigung nach vegetarianischen Grundsätzen schreibt der Kranke selbst seine andauernde Besserung und Heilung zu.

H. schliesst sich der Auffassung Buschan's an, der den Morbus Basedowii für eine Neurose hält und nicht daran glaubt, dass die Schilddrüse für die Pathogenese der Krankheit die ihr vielfach zugeschriebene Bedeutung hat. Der therapeutische Werth der Thyreoidectomie sei kaum höher anzuschlagen, als die Ovariectomie bei hysterischen Zuständen. Zum Schlusse regt H. noch den Gedanken einer Suggestivbehandlung an.

Blachian (Werneck).

---

127) **Maybaum**: Ein Beitrag zur Kenntniss der atypischen Formen der Basedow'schen Krankheit.

(Zeitschr. f. klin. Medicin. Bd. 28, p. 112 ff.)

Aus der Gerhard'schen Klinik theilt M. casuistisch 2 länger bestehende (15 und 3 Jahre) Fälle von Basedow'scher Krankheit mit, denen je ein Cardinalsymptom fehlt. Beim ersten fehlt die Struma, während Exophthalmus, Tachycardie, Zittern, nervöse und psychische Störungen vorhanden sind; bei dem zweiten fehlt Exophthalmus, während Struma, Tachycardie, Tremor, Neigung zum Schwitzen, wechselnde Gemüthsstimmung, Pulsation der Milz, Tönen der Cruralis ausgeprägt ist. Der practische Werth der Unterscheidung solcher Fälle von der Hysterie, Chlorose und organischen Erkrankungen des Nervensystems besteht in der prognostischen Beurtheilung des betreffenden Falles.

Dauber-Würzburg.

---

128) **Johann Lemche**: Et Tilfælde af Morbus Basedowii, behandlet med Pill. gland. thyreoid.

(Hospitalstidende 1895, S. 449.)

Ein 36 Jahre altes Mädchen, das während 3 Jahre an heftiger Nervosität, Schwulst der Gl. thyreoidea, Herzklopfen, Gedächtnissschwäche etc. litt, wurde mit Pillen von „Thyreoidin" behandelt, im Anfang nur 5 Centigramm, später 20 Centigramm zweimal täglich. Die Grösse der Drüsengeschwulst schien etwas vermindert zu sein, aber das Allgemeinbefinden verschlechterte sich und nachdem die Pillen ungefähr 4 Wochen gebraucht waren, wurde die Kranke verwirrt, unruhig und stumpfsinnig und starb einige Wochen später. Die Section zeigte Hypertrophia cordis, Emphysema pulmonum, Hyperämia cerebri et renum, Struma follicularis.

Koch (Kopenhagen).

---

129) **Lad. Haskovec** (Prag): La maladie de Basedow; son traitement et sa pathogénie.

(Gaz. des hôpitaux 1895, Nr. 84)

Derselbe: Nemoc Basedowova, jejé lécené a pricinwlové.

(V Praze, Bursik A. Kohout. 1895.)

Verf. berichtet über 2 von Prof. Maydl in Prag operativ behandelte Fälle von Morbus Basedowii.

Der erste Fall betrifft ein 20jähriges Mädchen aus angeblich gesunder Familie. Vor $2^1/_2$ Jahren bemerkte die Kranke, nachdem schon einige Zeit

vorher Nasenblutungen vorausgegangen waren, die Anschwellung der Schilddrüse, später Tachycardie und seit 15 Tagen Exophthalmus. Normale Regeln, reichliche Schweisse, reizbarer Character, deutliches Zittern der Oberextremitäten, Herzhypertrophie, Puls 120—135, normale Herztöne, kein Stellwag- oder Gräfe'sches Zeichen.

Kropfresection am 13. Februar 1893. In den ersten Tagen Puls noch 114—116; allmählich langsame Abnahme der Frequenz. Einige Monate nach der Operation „bemerkte man an der Kranken keine Erscheinungen von Seiten des Herzens mehr und sie hatte den Exophthalmus und das Händezittern verloren. Auffälliger Weise hatte sich ihr psychischer Zustand sehr gebessert."

Der zweite Fall betrifft eine 43jährige Kranke, die seit 16 Jahren einen Kropf hatte, der seit 3 Jahren sein Volumen rapide vergrösserte, und die in der letzten Zeit Athembeschwerden, ausstrahlende Schmerzen im Occiput und Palpitationen verspürte. Nächtliche Schweisse, deutlich ausgesprochener Exophthalmus, Puls 100, Zittern der Oberextremitäten.

Operation am 12. März 1886; Entlassung am 1. April. — Nach Angabe der Eltern war der Gesundheitszustand der Kranken darnach für einige Zeit ziemlich gut. Am Ende eines Jahres nahm der Hals wiederum an Volumen zu, die alten Beschwerden kehrten wieder zurück. Tod im November 1887 an „Herzlähmung".

Anknüpfend an diese beiden Beobachtungen giebt der Verfasser ein kurzes Resumé über die Pathogenese der Basedow'schen Krankheit. An der Hand der hierüber existirenden Monographien entwickelt er die verschiedenen Theorien, sucht dieselben zu widerlegen und spricht sich zu Gunsten der Intoxicationstheorie aus. Er zählt den Morbus Basedowii zu den Allgemeinerkrankungen der Ernährung. Buschan.

---

130) **Pässler**: Erfahrungen über die Basedow'sche Krankheit.
(Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, Bd. 6, p, 211 ff.)

Im Anschlusse an die relativ häufige Beobachtung von Kranken mit den Symptomen von Morbus Basedowii (reichlich 2% aller Kranken in der Poliklinik zu Jena) vergleicht P. seine Beobachtungen mit den in der Litteratur verzeichneten und kommt zu folgenden Daten:

Frauen sind häufiger erkrankt (74%) als Männer (26%).

Die im Kindesalter stehenden Patienten und die über 45 Jahre waren durchweg nur leicht erkrankt.

Der Beginn des Leidens war seltener allmählich, öfter (74%) glaubten die Kranken den Beginn angeben zu können.

Selten wurde eine Ursache angegeben (Schrecken, Syphilis, Typhlitis, Puerperium, Neurosen, Masturbation).

Neuropathische Belastung wurde in 57% der Fälle nachgewiesen.

Acuter Gelenkrheumatismus ging in 10% dem Beginn der Krankheit längere oder kürzere Zeit voraus.

Während der Gravidität entwickelte sich der M. B. einmal.

Mit Abort begann die Krankheit einmal, jedoch ist auch eine Frau beobachtet, bei der in jeder ihrer 8 Schwangerschaften jedesmal eine Besserung constatirt wurde.

Beschleunigung der Herzaction wurde in allen Fällen mit Ausnahme eines einzigen festgestellt, doch konnte in diesem Falle ein anfallsweises Auftreten von Herzpalpitation mit Sicherheit angenommen werden.

Die Pulszahl bewegte sich meist zwischen 100 und 130,

Subjectives Gefühl des Herzklopfens war in 84% vorhanden.

20% verliefen ohne Struma.

55% mit Exophthalmus, 22% ohne jede deutliche Spur desselben.

Die jetzt aufgestellten Cardinalsymptome: Pulsbeschleunigung, Palpitationen, Struma, Exophthalmus, Zittern waren in 35% vereinigt, in selteneren Fällen fehlte das eine oder andere, am häufigsten Exophthalmus, dann kamen der Häufigkeit des Fehlens nach Struma, Palpitationen, Zittern, Pulsbeschleunigung.

Von den sogenannten Nebensymptomen fand P. erhöhte Reizbarkeit in 75%, quälende Kopfschmerzen in 63%, Schwindelgefühl in 45%, Schlaflosigkeit in 41%. Abgesehen von Klappenfehlern war das Herz in 46% verändert, meist verbreitert. Unter Hitzegefühl litten 24 von 58 Patienten. Die Masse der anderen mit Morbus Basedowii in Zusammenhang stehenden Symptome und die zufälligen Befunde alle anzuführen, erlaubt nicht der enge Rahmen eines Referates. Es seien dieselben nur namentlich zwecks der Orientirung aufgeführt und müssen im Original nachgesehen werden. Es sind dies: Galvanischer Hautwiderstand, Polyphagie, Polydipsie, Diarrhoe, Erbrechen, Icterus, Reizhusten, Veränderungen des Athemtypus, choreatische Bewegungen, Herabminderung der rohen Kraft, Giving way of the legs, Muskelkrämpfe, Patellarreflex, Hyperhydrosis, Haarausfall, Pigmentanhäufungen der Haut, Gräfe'sches Symptom, Stellwag's Symptom, Insufficienz der Convergenz der Augen nach Möbius, Verminderung der Thränenresection, Lichtscheu, Hypästhesie der Conjunctivæ, Hippus, Verhalten der Pupillenreaction und -Weite, des Urins und des Blutes, Milztumoren. Dauber (Würzburg).

---

131) **L. Jacobsohn** (Berlin). Ueber einen ungewöhnlichen Fall einer Läsion des Halstheils des Sympathicus.

(Neurol Centralblatt 18. 6. Nr. 5.)

Bei einem 1¾jährigen Kinde wurde gleich nach der Spaltung und Auskratzung eines Lymphdrüsenabscesses im Mai 1895 beobachtet, dass das linke Auge und die linke Gesichtshälfte vollständig blass war, während die rechte stark geröthet war, späterhin dass die linke Gesichtshälfte sich stets kalt anfühlte und nie schwitzte und schliesslich im Wachsthum hinter der rechten etwas zurückblieb.

Die Untersuchung am 3. August 1895 ergab auf der linken Seite: Verengerung der Lidspalte, Verengerung der (reactionsfähigen) Pupille, Zurückgesunkensein des Augapfels (Enophthalmus), Blässe, Kühle, Anhidrosis, Eingefallensein (und Hypästhesie) der Gesichtshälfte, also Erscheinungen,

welche unzweifelhaft auf eine Verletzung des Halssympathicus bei der Operation hinwiesen, die wahrscheinlich das Ganglion cervicale supremum betroffen hatte. Auffallend ist in diesem Fall, dass anstatt des gewöhnlichen Symptoms der Sympathicuslähmung, Erweiterung der Gefässe und Röthung, das ungewöhnliche Symptom der Blässe und Kälte von Anfang an auftrat, welches bisher nur als secundäre, einem späteren Stadium angehörende Erscheinung beobachtet und angesehen wurde. Die Verbindung von Lähmungs- und Reizerscheinungen ist entweder durch Zerrung und Zerreissung von Nervenfasern oder durch die Annahme zu erklären, dass der Sympathicus sowohl gefässerweiternde als gefässverengernde Fasern führt.

Hoppe.

---

132) **Wilh. Goebel** (Berlin): Ein Fall von traumatischer Neurose mit schnellem Uebergang in Psychose.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 5.)

Der in der Oppenheim'schen Nervenklinik beobachtete Fall betrifft eine 43jährige Frau. Nach einer von Bewusstlosigkeit gefolgten Quetschung an der rechten Hand, welche eine Amputation nothwendig machte, Klagen über beständige Kopfschmerzen, allgemeine Schwäche, Schwindel, Vergesslichkeit, schlechter Schlaf, Neigung zu Uebelkeit, wiederholte Ohnmachtsanfälle; daneben starke Schmerzen im rechten Arm und der rechten Brusthälfte. Die Untersuchung ergab neben trophischen Störungen am rechten Arm und vasomotorischen an der rechten Hand Contracturen der Finger und Schwerbeweglichkeit des rechten Arms, Hyperästhesie für Nadelstiche an der ganzen rechten Körperhälfte, grobe langsame Zitterbewegungen im rechten Arm, Tremor der Finger, Herabsetzung des Geschmackes rechts, des Geruchs beiderseits, hochgradige concentrische Gesichtsfeldeinengung und Steigerung der Kniephänomene. Ausserdem zeigte sie psychische Hemmungserscheinungen, welche nach einigen Tagen in das entgegengesetzte Verhalten, eine ausserordentliche Schlaflosigkeit mit gehobener Stimmung umschlugen. Gleichzeitig traten Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen mit Gehörstäuschungen auf.

G. meint, dass es sich wahrscheinlich um Paranoia handelt und betont, dass hier psychiatrisch nicht vorgebildete Aerzte wahrscheinlich Simulation angenommen hätten.

Hoppe.

---

133) **Lehfeld:** Ueber einen Fall von traumatischer Hysterie. — Vortrag in der Berl. medic. Gesellschaft 12./II. 1895.

(Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 8.)

Ein 26jähriges Mädchen erhielt, als sie den Telephon-Umschalter mit der feuchten rechten Hand anfasste, während gleichzeitig beim Abklingeln ein Strom durch denselben geschickt wurde, einen Schlag und sank bewusstlos um. Während 3 Tagen eine vollständige rechtsseitige Hemiplegie mit leichter Betheiligung des unteren Facialis, Aufhebung der Sensibilität und Beeinträchtigung der Gefühlsqualitäten rechts; die Reflexe waren erhöht. — Die motorische Störung bildete sich binnen kurzem zurück bis auf die grobe motorische Kraft. Die übrigen Erscheinungen waren bis 4 Wochen nach der Verletzung noch vorhanden: rechtsseitige Hemianästhesie mit Ausnahme der Wärmeempfindung (Hyperästhesie), centrales Scotom, sowie völlige Auf-

hebung des Geruchs und Geschmacks rechts. Ausserdem ist die Vorstellung der Lage der Glieder und der stereognostische Sinn (bei geschlossenen Augen) rechts aufgehoben. Gehör herabgesetzt Hoppe.

---

134) **G. de la Tourette** (Paris): Le sein hystérique.
(Nouv. Iconogr. de la Salp, VIII, Nr. 3.)

Die nach T. sehr häufige, zumeist aber den Chirurgen zu Gesicht kommende Affection besteht in einer vorübergehenden oder andauernden Volumenzunahme einer Mamma, selten beider, mit Hyperästhesie der sie bedeckenden Haut, letztere durch eine gegen leichten mehr als gegen tiefen Druck ausgesprochene Empfindlichkeit characterisirt. Diese hyperästhetische wird leicht eine hysterogene Zone, besonders bei Affecten und in der Menstruation. Unter diesen Umständen kann eine Volumenszunahme bis auf's Doppelte eintreten; Irradiationen, z. B. als Angina pectoris, kommen vor; nicht selten finden sich auf der Höhe der Schwellung choreiforme oder typisch hysterische Convulsionen. Die Haut ist in den Anfällen bald weiss, bald roth, bald blau, ja schwarzblau. Nicht selten fühlt man in der Tiefe der Drüse einen oder zwei hühnereigrosse „Tumoren", die diagnostisch irreführen können.

Selten kommt es zu umschriebener Hautgangrän.

Kurella.

135) **Veuillot** (Paris): Un cas de gangrène cutanée d'origine hystérique.
(Nouv. Iconogr, de la Salp., VIII, Nr 3)

Ein 20jähr. Vagabund, unehelicher Sohn einer grande hystérique ist seit 8 Jahren ausgesprochen hysterisch, hat am linken Oberschenkel 6 : 3 cm grosse ovale oberflächliche Ulceration; „œdème blanc" der Aussenseite des Gliedes bis zum Knie. Der Kranke erhält eine Kochsalzlösung; unter einem Uhrglase heilt die Wunde in 15 Tagen.

Kurella.

136) **G. Gradenigo** (Turin): Ohrsymptome bei Hysterie. (Sulle manifestazioni auricolari dell'isterismo.)
(Rivista di patologia nervosa e mentale. I, S. 115.)

Die wesentlichen Ergebnisse einer längeren Publication G.'s sind in einem Artikel der Rivista folgendermaassen zusammengefasst:

I. Acustische Anästhesie und Hypästhesie gehören zu den häufigsten auriculären Erscheinungen der Hysterie; sie treten auf als: a) vollständige Taubheit, b) Taubheit in Verbindung mit Mutismus, c) mehr oder weniger ausgesprochene Abnahme der Hörschärfe, in den schweren Fällen fällt der Weber'sche Versuch wie bei organischen Läsionen des schallpercipirenden Apparats aus; der Rinne ist positiv bei mässiger, negativ bei schwerer Hypästhesie; es zeigt sich ein verschiedener Einfluss der Entfernung für verschiedene Schallwellen, besonders für Flüstersprache und für die Taschenuhr; ein sehr wichtiges Symptom ist die ausserordentliche Variabilität der Hörschärfe; die electrische Erregbarkeit des Acusticus ist in der Regel herabgesetzt, während sie bei frischen Labyrinthleiden meist gesteigert ist; häufig bestehen zugleich subjective Geräusche und Schwindel; die Störungen setzen in der Regel unvermuthet ein, haben eine variable Dauer und eine meist günstige Prognose.

II. Die Haut- und Schleimhautsensibilität kann folgende Beziehungen zu der acustischen Sensibilität zeigen: 1. der gewöhnlichste Fall ist ein gleichmässiges Verhalten beider Categorien. 2. Acustische Hypästhesie ohne Verringerung der Hautempfindung. 3. Einseitige tactile, beiderseitige acustische Hypästhesie. 4. Abnahme der acustischen Empfindung der einen, der cutanen der anderen Seite. Bei schwerer Hysterie ist die sensorische Anästhesie und die der Haut und Schleimhäute vorherrschend.

III. Otalgien sind bei Hysterie häufig, bald im Anschluss an eine periphere Entzündung, besonders der Zähne und der Schleimhäute des Kopfs, bald bei Leiden des äusseren und Mittelohrs, die Schmerzen stehen dann in keinem Verhältniss zu der Läsion.

IV. Hysterogene Zonen finden sich 1. an den Wänden des Gehörgangs und dem Trommelfell und bilden den Ausgangspunkt von motorischen Erscheinungen am Respirationsapparat (Husten, Asthma); von Schwindel und Nausea; von eigentlichen hysterischen Anfällen. 2. Im Mittelohr und der Tube, besonders bei Catarrhen und Polypen. 3. Im schallpercipirenden Apparat; von hier aus können sehr intensive Allgemeinerscheinungen ausgelöst werden.

V. In enger Beziehung zur Hysterie stehen Hämorrhagien des Ohrs, die periodisch ohne vorausgehendes Trauma aus Granulationen oder Polypen der Paukenhöhle auftreten können; 2. periodisch bei intactem Trommelfell als Analoga hysterischer Haut- und Schleimhautblutungen; Beziehungen zur Menstruation sind unverkennbar.

Für die Erkennung der Simulation schreibt G. dem Nachweise anderer hysterischer Stigmata eine grössere Bedeutung zu als den subtilsten otologischen Untersuchungsmethoden. Kurella.

---

137) **J. W. Deknatel** (Dordrecht): Fall von absoluter hysterischer Taubheit. (Een geval van hysterische absolute doofheid.)
(Weekblad 1895, 9. November.)

Alle Autoren bezeichnen beiderseitige totale hysterische Taubheit als ein seltenes und bald vorübergehendes Phänomen. Im beschriebenen Falle klagt ein 19jähriger Soldat im Lazareth über Schwerhörigkeit, es wird ein Crumenpfropf ausgespritzt, darauf Zunahme der Schwerhörigkeit und nach einmaligem politzern ein epileptiformer Anfall, aus dem Patient taub für alle Arten und Orte acustischer Reizung hervorgeht. Statischer Sinn intact; Galvanisirung des Ohres mit 11 M. A. ruft keine Tonempfindung hervor.

Gesichtsfeld beiderseits eingeschränkt; nirgends Anästhesie; bei Druck auf die regio iliaca exquisiter hysterischer Anfall; ehe dieser abgelaufen war, wurde eine grosse Stimmgabel mit Resonator plötzlich vor das rechte Ohr gebracht. „Sofort sprang Patient auf, sah wie in Ecstase um sich und konnte wieder hören.“ Nun beiderseits normale Hörschärfe. Die Taubheit hatte 2 Monate angehalten.

Folgt eine Zusammenstellung der bisher beschriebenen Fälle, in 4 davon lag Complication mit Ohrenleiden vor.

Kurella.

---

138) **N. F. Elzevier Dorn:** Abasie-Astasie und Mutismus bei einer Hysterischen. (Een geval van Astasie-Abasie en mutismus hystericus.)
(Weekblad 1895, 9 November.)

11jähriges Mädchen bekommt plötzlich erst häufige, später seltenere hysterische Anfälle; hinterher Amnesie. Nach 8 Monaten (Mai 1895) mehrere Anfälle, im Juli und August nach jedem Anfall Sprachlosigkeit, die bei Faradisation verschwand. Nach einem Anfall am 8. August kann sie nicht mehr aufstehen und antwortet nur in Zeichen. Pharynxanästhesie, Tremor der Hände. Typische Abasie-Astasie; keine Ataxie. Am 1. September ein „Anfall von Sprechen". Bald darauf kehren Geh-, Steh- und Sprechfähigkeit zurück; während der Abasie imitirte sie zu Ende der Anfälle, im Zimmer herumlaufend, einen Trödler. Kurella.

---

139) **B. S. Greidenberg** (Sympheropol): Ueber das hysterische Stottern.
(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 12.)

Unter Besprechung der Litteratur über diesen Gegenstand führt G. eigene Beobachtungen von hysterischem Stottern an.

Der erste Fall betrifft ein 21jähriges Mädchen, welches December 1890 an typischer Melancholie auf hysterischer Basis erkrankte und Ende März 1891 in die Irrenanstalt aufgenommen wurde. Sehr oft characteristische hysterische Anfälle mit allgemeinen Krämpfen, später heftige Wein- und Schreikrämpfe. Nach einem solchen Anfall am 12. Mai plötzlicher Sprachverlust auf 6 Stunden, dann hysterisches Stottern mit heulendem Character und Mangel an Begriffen. In der Folge wiederholte Anfälle von hysterischer Stummheit, in den Zwischenzeiten mehr oder weniger intensives Stottern bei mehr oder weniger starker Erregung. Ende Mai Abklingen der Erregung und Besserung der Sprache. Später völlige Genesung.

Der zweite Fall betrifft ein 13jähriges Mädchen, welches durch Schreck die Sprache verlor und benommen wurde. Nach Aufnahme in die Anstalt zeigte sie deutliches Stottern, welches zeitweilig an Intensität abnahm, nach einem hysterischen Anfalle aber stärker wurde. Später völlige Besserung.

Im letzten Falle endlich wurde bei dem 30jährigen Fräulein, welches seit ihrer Jugend an hysterischen Anfällen gelitten hatte und im Jahre 1887 wegen eines Erregungszustandes in der Anstalt behandelt worden war, nach körperlicher Ueberarbeitung die Sprache unter dem Gefühl von Unwohlsein und Kopfschmerz plötzlich schwer und sie stotterte. Bald darauf hysterischer Anfall mit nachfolgendem starkem Stottern. Nach 3 weiteren hysterischen Anfällen wurde das Stottern geringer und nach einigen Tagen trat völlige Heilung ein.

In allen 3 Fällen begann also das Stottern plötzlich, im ersten nach einem hysterischen Anfall, im zweiten nach Schreck, im dritten nach körperlicher Ueberanstrengung; in den beiden ersten stand es im Zusammenhang mit hysterischer Stummheit, im 3. war es isolirt.

G. glaubt, dass die hysterischen Sprachstörungen durch eine plötzliche Erschöpfung der Nervenelemente des Sprachcentrums zu erklären seien. Diese Aphasie schwinde entweder plötzlich oder die Sprache stelle sich allmählig mit intermittirender Stotterperiode wieder her.

Hoppe.

---

140) **J. W. Deknatel** (Dortrecht): Hysterische Facialisparalyse.
(Weekblad 1895, 28. September.)

Doppelseitige Facialisparalyse, auch der Augen- und Stirnzweige, bis auf Bewegung der Oberlippe nach unten, des Mundwinkels nach unten und aussen, bei einem Soldaten, der linksseitig hemiparetisch, anästhetisch und analgetisch ist, hysterische Anfälle bei Druck auf gewisse hysterogene Zonen hat Kurella.

---

141) **Niermeyer** (Amsterdam): Paramyoclonus multiplex.
(Weekblad 1895, 19, October)

N. tritt für die Selbstständigkeit der myoclonischen Neurose ein. Ausführliche Discussion der Litteratur. Kurella.

---

142) **Placzek**: Ein Fall von Paramyoclonus multiplex. — Vortrag in der Berl. med. Gesellschaft 4./XII. 1895.
(Berliner klin. Wochenschr. 1895, Nr. 50)

Die vorgest. Kranke, ein 17jähriges Mädchen, zeigt clonische Zuckungen in der Muskulatur der oberen Rumpfhälfte in ganz unregelmässigen Intervallen, die beiderseitig zumeist symmetrisch, zuweilen auch einseitig mit verschiedener Stärke auftreten und zu scharfer Anspannung der Mm. cucullares, pectorales maj. deltoidei, bicipites und supinatores führen. Das Gesicht bleibt dabei völlig verschont. Bei activen Bewegungen nehmen die Zuckungen an Zahl und Stärke etwas ab, im Schlaf hören sie ganz auf. Vor dem Eintritt der Menstruation tritt übrigens auch eine deutliche Verminderung der Zuckungen an Zahl und Stärke auf. Motorische Kraft, Coordinationsfähigkeit, mechanische und electrische Erregbarkeit ungestört. Das Gesicht ist vollkommen verschont. Dass es sich um keine hysterischen Erscheinungen handelt, glaubt P. schon desshalb auszuschliessen, weil sonst kein einziges Zeichen von Hysterie sich nachweisen lässt.

Dem gegenüber gaben Remak und Mendel in der Discussion der Anschauung Ausdruck, dass kein Fall von Myoclonie vorliege, weil hier die Zuckungen nicht synchron in symmetrischen Muskelgebieten, sondern ganz arythmisch seien, sondern dass der Fall der Hysterie zugehöre.

Hoppe.

---

143) **G. de la Tourette** und **Bolognesi** (Paris): Nature hystérique de la tétanie des femmes enceintes.
(N. Iconogr. de la Salp. VIII, 5.)

Eine 31jährige Frau hat seit 18 Jahren mehrfache Serien von Anfällen, welche die Autoren der Tetanie zurechnen. Erste Serie von Anfällen mit 13 Jahren bei Beginn der Menses, zweite mit 22, während der letzten 4 Schwangerschaftsmonate, alle 10 Tage ein 10stündiger Anfall; mit 24 Jahren vom 4. Schwangerschaftsmonat an alle 14 Tage ein Anfall, mit Contractur der Füsse, schliesslich in einer neuen Gravidität die letzte, von T. beobachtete Reihe von Anfällen, die einer Suggestivbehandlung weichen, beide Hände und Füsse täglich befallen, aber mehr Analoga als Anfälle der Tetanie zu sein scheinen. Kurella.

---

144) **Donath**: Ueber hysterische multiple Sclerose.

(Wiener klin. Wochenschr. 1895, 50, 51)

Nach einer kurzen Besprechung der von der Hysterie vorgetäuschten organischen Erkrankungen des Centralnervensystems macht Verf. darauf aufmerksam, dass eine strenge Unterscheidung zwischen den mit Hysterie combinirten organischen Affectionen und den von der Hysterie nur vorgetäuschten Krankheiten erforderlich sei; nur für die letztere Art schlägt er den Namen „hysterische“ Tabes, Sclerose etc. vor, während er den Ausdruck Pseudosclerose nicht angewandt wissen will. Verf. theilt sodann einen Fall mit, der mit epileptiformen Anfällen beginnend allmählich das fast typische Bild der multiplen Sclerose darbot. Eine Hemianästhesie mit concentrischer Gesichtsfeldeinengung ermöglichte allein, die Diagnose Hysterie zu stellen. Bestätigt wurde dieselbe ex juvantibus, indem der Zustand bis auf eine zurückbleibende Schwäche und Tremor im rechten Arm unter Behandlung mit statischer Electricität heilte.

Lehmann (Werneck).

---

145) **L. Löwenfeld** (München): Zur Casuistik der imitatorischen Nervenkrankheiten.

(Münch. med. Wochenschr. 1895, Nr. 43 u. 44.)

Verf. theilt eingehend zwei Fälle mit und stattet ihre Besprechung mit sehr belehrenden differential-diagnostischen Erörterungen aus. Der erste Fall betrifft einen 17 Jahre alten Kaufmann und ist wahrscheinlich eine traumatische Hystero-Neurasthenie mit Symptomen, die eine cerebrale Herderkrankung nicht ausschliessen liessen. Die schnelle Besserung und die endgiltige Heilung zeigten aber doch mit Bestimmtheit die wahre functionelle Natur der Erkrankung. Im zweiten Falle handelt es sich um eine 48jährige Frau mit vorwiegend Erscheinungen einer functionellen Nervenerkrankung, neben denen aber auch Symptome herliefen, die organisch bedingt sein konnten. Hier trat plötzlich der Tod ein und die Section wies neben geringem Hydrocephalus internus in der Mitte des rechten Kleinhirnlappens einen haselnussgrossen Tuberkel. Es ist dies also einer jener nicht ungewöhnlichen Fälle, bei denen Kleinhirntumoren ohne specifische Symptome verlaufen. Verf. begründet in seiner Epikrise den eigenthümlichen Titel, den er seiner Mittheilung gegeben hat, nicht, aber aus der ganzen Darstellung geht hervor, dass er die Aehnlichkeit, die in dem einen Falle die Symptome einer sich im Verlaufe als Neurose ergebenden Erkrankung mit organischen Läsionen, im anderen die einer post mortem gefundenen organischen Läsion mit einer Neurose darbieten als „imitatorisch“ bezeichnen will. Ganz abgesehen von sprachlichen Ausständen, die man an die Wahl dieses Fremdwortes knüpfen kann, dessen Bedeutung sich mit dem, was es hier bezeichnen soll, gar nicht deckt, sind wir auch gewöhnt, als „imitatorische“ Nervenkrankheiten nur jenes epidemisch-endemische Auftreten von Hysterie-Formen in Schulen, Pensionaten und Volkskreisen zu bezeichnen, (chorea magna im Mittelalter u. s. w.), bei denen ein Vorbild, welches imitirt wird, vorhanden ist. Man kann sie auch „inducirte“ Neurosen nennen. Die Uebertragung dieser Bezeichnung auf Symptomencomplexe, die ätiologisch dunkel sind, und wie schliesslich alle differential-

diagnostisch schwierigen Fälle, nach verschiedenen Seiten keine Aehnlichkeiten darbieten, halte ich aber weder für statthaft, noch für gerechtfertigt.

Erlenmeyer.

146) **P. J. Möbius:** 1. Ueber Akinesia algera; 2. weitere Bemerkungen über Akinesia algera; 3. Akinesia algera; Nachtrag.

(Neurolog Beiträge von P J. Möbius, Heft II, pg 1–62.)

In diesen 4 zusammengestellten Aufsätzen theilt M. in ausführlicher Weise die von ihm selbst beobachteten Krankengeschichten nebst den anderen bisher in der Litteratur bekannten einschlägigen Fällen mit. Er wil unter Akinesia algera ein Krankheitsbild verstanden wissen, das sich darstellt als eine wegen Schmerzhaftigkeit der Bewegungen gewollte Bewegungslosigkeit, ohne dass doch eine greifbare Unterlage der Schmerzen zu finden wäre. In weiterem Sinne als zu dieser Krankheitsform gehörig nimmt er auch die Fälle an. in denen bei geringer Anstrengung durch Lesen etc. eine langdauernde starke Lichtempfindlichkeit der Augen und bei geistigem Arbeiten ein starker Kopfdruck sich wahrnehmbar macht, der auf längere Zeit hinaus jedes Denken zur Unmöglichkeit macht. Letzteres Symptom ist gewöhnlich auch bei den typischen Fällen der A. a., also der Schmerzhaftigkeit der Glieder nach Bewegungen zu finden. Man kann, um diese Bilder miteinzubegreifen, den Begriff der A. a. verallgemeinern und von einer Apraxia algera sprechen. Weiterhin ist die Atremie, der Zustand, in welchem bei Ruhelage die Bewegungsfähigkeit der Glieder frei, dagegen bei Gehen, Stehen und Sitzen mit Schmerzen verbunden ist, in welchem sogar das Gehen, Stehen und Sitzen wegen Kopfdrucks, Uebelkeit, Ohnmachtsgefühl, Gefühl von Athemnoth oft unmöglich ist, ein mit der Akinesia algera nahe verwandter. Alle an diesen Formen Erkrankten sind nach den Forschungen von M. zweifellos stärker Entartete, was theils aus der erblichen Belastung, theils aus dem Verhalten vor der Erkrankung zu ersehen ist. Als Gelegenheitsursachen der Akinesia algera sind Ueberreizungen, sowohl intellectueller als auch gemüthlicher Natur anzusehen. Die primäre Veränderung ist offenbar eine psychische Störung, beruht auf Autosuggestion und die weitere Ausgestaltung des Leidens hängt von der Intelligenz und der Willenskraft der einzelnen Patienten ab. Dadurch ist es auch in einem einzigen Falle (Erb) zur Heilung gekommen, indem der Patient, welcher sich überzeugt zu haben glaubte, dass seine Schmerzen nur eingebildete wären und aus Angst vor den Schmerzen kämen, aus eigener psychischer Anstrengung und Consequenz mit starker Willenskraft über die Autosuggestion siegte. Eigenartig an dieser Krankheit ist die häufige Combination mit Geisteskrankheiten (Melancholie und Paranoia) und die ausserordentlich traurige Prognose. Nur noch in einem Falle trat eine relative Heilung ein, die übrigen Patienten sind entweder nicht weiter beobachtet oder endeten unter stetem Schlechterwerden oder mannigfachen Schwankungen des Krankheitsbildes durch Selbstmord oder andere Gelegenheitsursachen. Jede active Therapie hat bis jetzt fast nur Schaden gestiftet, am besten ist immer die absoluteste Ruhe.

Bei der Frage, ob die A a. eine Krankheitsform für sich ist oder ob sie als eine besondere Form der Hysterie zu bezeichnen sei, hält M. es für richtiger, sie wegen der traurigen Prognose, wegen des Fehlens der

Symptome der Hysterie, wegen der häufigen Combination mit Geisteskrankheiten und vor Allem wegen des eigenartigen Verlaufes für eine Krankheit sui generis zu halten, doch möge auch der Recht haben, der sie durchaus für eine besondere Form der Hysterie halten wolle.

Dauber-Würzburg.

---

147) **J. Niermeyer:** Akinesia algera.
(Weekblad 1895, 27. Juli)

11jähriger Knabe, der viel Clarinette spielt, bemerkt eine Ermüdung der Finger der rechten Hand nach langem Spielen, verbunden mit Empfindlichkeit bei Bewegungen in den Finger- und dem Handgelenk; die Hyperästhesie erstreckt sich allmählich auf die ganze obere Extremität, bald wurde auch die linke empfindlich. Patient konnte mit der Hand keine, im Ellenbogengelenk kaum eine Bewegung machen; dabei heftige Schmerzen bei leisester Berührung des Arms. Die Umgebung des Patienten ist übermässig besorgt.

Suggestivbehandlung mit schwacher kurzer Galvanisation. Unmittelbarer Erfolg, nach 6 Tagen kann Patient wieder Clarinette spielen.

Kurella.

C. Psychiatrie.

Allgemeine Psychopathologie.

148) **C. L. Dana:** A case of Amnesia or „Double Conscious ness“.
(Psychological Review, I, 6, S. 570—580. 1894.)

Ein 24jähriger Mann geräth nach einer Leuchtgas-Vergiftung auf 8 Tage in einen Zustand von Verfolgungsdelir. Am achten Tage wird er ruhig, zeigt aber Verlust des Gedächtnisses für das eigene Vorleben, kennt den Zweck alltäglicher Gegenstände nicht, hat „einen sehr beschränkten Sprachschatz“, kann nur alltägliche Worte brauchen und nur die einfachste, auf anwesende Objecte bezügliche Unterhaltung verstehen. Beim Besuch der Eltern und Geschwister erkannte er dieselben nicht, auch beim Besuch der Braut fehlt ein Wiedererkennen (wie Dana meint), jedoch sagte er bei ihrem Besuch, er hätte sie immer gekannt und hätte den dringenden Wunsch, dass sie bei ihm bliebe; dabei wusste er nicht, was Ehe und Heirath ist.

Er konnte nicht lesen, kannte Buchstaben und Zahlen nicht, lernte aber bald lesen und einfache Sätze, die aus gewöhnlichen Worten bestanden, schreiben. Zwei Monate später konnte er in der Zeitung nur einfache Berichte über alltägliche Vorfälle lesen; schnell lernte er wieder rechnen und Billard spielen; zugleich lernte er schnell Handfertigkeiten, die ihm früher seiner Ungeschicklichkeit wegen fremd geblieben waren. Der Character zeigte dieselben Züge wie vor der Krankheit. Im Uebrigen war er „ganz wie ein Mensch mit kräftigem Gehirn, der in eine neue Welt gerathen ist und alles erst lernen muss“. Dabei schien er ein Gefühl zu haben, sich in einem abnormen Zustande zu befinden.

Aus der Schilderung des Zustandes ist als wichtig hervorzuheben, dass keine Sensibilitäts- oder sensorische Störungen bestanden, dagegen Zeichen von lähmungsartiger Schwäche der Vasomotoren der Haut.

Genau drei Monate nach dem Einsetzen der Krankheit, unmittelbar nach einem Besuche seiner Braut, die eine Verschlimmerung zu bemerken

glaubte, sagte er plötzlich seinem Begleiter, die eine Hälfte seines Kopfes prickle; darauf wurde er schläfrig und wurde in benommenem Zustande zu Bett gebracht, wo er bald einschlief. Nach ein paar Stunden wachte er auf und „hatte seine Erinnerungen völlig wieder“; er erinnerte sich genau an alles, was der Erkrankung vorausgegangen war; hier hörten seine Erinnerungen auf, er wusste nichts von den drei Monaten seiner Krankheit, erkannte kein Object, keine Person aus dieser Zeit. Er nahm seine frühere Beschäftigung wieder auf und ist seither völlig normal geblieben.

D. macht in diesem Falle die Annahme, dass die langen Associationsbahnen durch Leuchtgas leistungsunfähig gemacht worden wären, und ferner, dass „die Associationsbahnen, welche gewöhnlich sensorische Rindenterritorien mit seit langer Zeit aufgespeicherten Erinnerungen verbinden, nur durch ein hochdifferenzirtes Vermögen der Nervenzellen in Action gebracht werden können.“ Diese Action wäre in Fällen wie der vorliegende aufgehoben.

Werthvoller als diese Speculationen ist sein Hinweis darauf, dass bei Kohlenoxyd-Vergiftungen öfters die Errinnerung für das mehrere Tage vor derselben Erlebte verschwindet. Kurella (Brieg).

---

149) **R. Lamy:** Hémianopsie avec hallucinations dans la partie abolie du champ de la vision.

(Revue neurologique Nr. 5, 1895.)

Das Hinzutreten von Gesichtshallucinationen zu gewissen Hemiopien ist ein sehr seltenes Vorkommniss; die medicinische Litteratur enthält nur eine kleine Anzahl derartiger Beobachtungen.

Der von L. mitgetheilte Fall betrifft eine 35jährige Frau, welche bei der Aufnahme in die Salpêtrière Juli 1892 häufige Absenzen, erhebliche Gedächtnissschwäche, rechtsseitige homonyme Hemiopie mit Decoloration der Papillen, Polydipsie und Polyurie darbot. Diese Störungen bildeten nur die Ueberreste einer Reihe schwerer cerebraler Zufälle luetischen Ursprungs, welche 1887 begannen. Die Kranke war im Alter von 22 Jahren durch ihren Gatten inficirt worden und litt bereits 1883 an Hautaffectionen tertiärer Natur; 1887 stellten sich bei ihr höchst bedrohliche cerebrale Erscheinungen ein: Erbrechen, Trübung des Sensoriums, vollständige Lähmung der 4 Extremitäten, Schlingbeschwerden, linksseitige homonyme Hemiopie. Eine Schmierkur brachte diese Erscheinungen zum Schwinden, nur das Gedächtniss blieb geschwächt. 1889 trat die erwähnte rechtsseitige homonyme Hemiopie auf. Einige Zeit später kam es zu kurzen Absenzen, begleitet von Zuckungen der Gesichtsmuskeln und erschwertem Sprechen. Nachdem diese Anwandlungen mehrere Monate bestanden hatten, stellte sich während derselben eine Gesichtshallucination von immer gleichem Character ein. Die Kranke sah nach ihrer Angabe auf dem rechten Auge, in Wirklichkeit in jener Partie des Gesichtsfeldes, von welcher keine Eindrücke mehr percipirt wurden, die umgekehrte Figur eines Kindes, von welcher jedoch nur Augen und Stirn deutlich waren. Unter antiluetischer Behandlung änderte sich der Zustand nur insofern, als während der Absenzen die Zuckungen der Gesichtsmuskeln wegblieben, dafür jedoch neben der Gesichtshallucination sich eine Gehörshallucination (ein Volkslied) einstellte. Eine während des Jahres 1893 eingeleitete Brombehandlung war von günstigem

Erfolge; die Absenzen wurden erheblich seltener und die Gesichtshallucination während derselben verlor sich vollständig. Diese Besserung hielt an, während die Hemiopie unverändert blieb. Von analogen Beobachtungen aus der Litteratur führt L. Fälle von Séguin, Féré, Peterson, Henschen, Bidon und Higier an. Bei allen bildet das Auftreten von Gesichtshallucinationen in einer Partie des Gesichtsfeldes, in welcher die Perception äusserer Objecte nicht mehr statthat, das dominirende Phänomen. Ein gemeinschaftliches Merkmal dieser Hallucinationen ist Deutlichkeit und gleichförmige Beschaffenheit. Die Irrealität der Trugwahrnehmung ist den Kranken, deren intellectuelle Functionen gewöhnlich keine Störung aufweisen, bewusst. In den meisten Fällen sind die Hallucinationen transitorisch, während die Hemiopie persistirt; nur in dem Falle Peterson's hielt die Vision der Kranken 4 Wochen an. Zuweilen zeigt sich die Hallucination nur in dem Momente des Entstehens der Hemiopie (so in einer Beobachtung Séguin's). Die Hallucinationen können auch, wie die Beobachtung des Verfassers und ein Fall Higier's zeigt, den Character einer echten sensoriellen Epilepsie annehmen. Des weiteren gedenkt L. der Beziehungen der hallucinatorischen Hemiopie zur Augenmigräne, deren Anfälle bekanntlich nicht selten von einer transitorischen Hemiopie begleitet werden. Nach Féré verbindet sich die Augenmigräne mitunter mit partieller motorischer Epilepsie, ähnlich wie in dem oben angeführten Falle Erscheinungen sensorieller und motorischer partieller Epilepsie bestanden.

L. glaubt, dass es sich in dem von ihm beobachteten Falle nur um eine luetische Meningo-encephalitis an der inneren Fläche des Occipitallappens in der Nachbarschaft der fissura calcarina handelt.

L. Löwenfeld.

II. Specielle Psychopathologie.

150) **Bror Gadelius:** Sinnessjukdom och morbus Basedowii. Basedow-Psychosen. (Hygiea 59 Bd., 1895, S. 610)

In Veranlassung zweier Fälle von Morbus Basedowii, mit Geisteskrankheit complicirt, deren Krankengeschichten mitgetheilt werden, spricht der Verfasser seine Anschauungen über das Verhältniss zwischen den zwei genannten Factoren aus.

Der erste Fall betrifft ein Mädchen von 32 Jahren, welches während 10 Jahren an ausgesprochenem Morbus Basedowii gelitten hatte. In den letzten zwei Jahren wurde sie nach und nach deprimirt, mitunter bis zu völliger Verzweiflung mit motorischer Unruhe und angstvoller Agitation. Gleichzeitig wurde sie in mässigem Grade verwirrt mit Vorstellungen von Unglück und Verfolgung. Hallucinationen schienen nicht vorzukommen. Nach und nach besserte sich der Zustand und sie wurde als von ihrer Geisteskrankheit geheilt entlassen. Einige Monate später wurde sie jedoch wieder im Krankenhaus aufgenommen, nachdem die Unruhe und Agitation wiedergekehrt waren. Bei der zweiten Aufnahme zeigt sie sich ruhig. Die Stimmung trägt das Gepräge von Euphorie; sie ist sehr verschlossen. Dieses Krankheitsbild bezeichnet G. als Angstmelancholie mit Verwirrung und meint, dass hier eine „echte“ Basedowpsychose vorliegt, dass also die Geisteskrankheit keine Complication, sondern durch den Morbus Basedowii verursacht ist. Eine solche Psychose, welche sich als eine quasi-degenera-

tive Manie oder eine Melancholia agitata mit paranoischen Zusätzen zu zeigen pflegt, erklärt G. sich in der Weise, dass unter gewissen Umständen circulatorische Störungen und eine mit ihnen verknüpfte Unruhe in der organischen Unterlage des emotionellen Lebens psychopathische Erscheinungen hervorruft.

Der zweite Fall betraf ein Fräulein von 35 Jahren, deren Morbus Basedowii nicht so ausgesprochen war und von dem Verf. zu den formes frustes dieser Krankheit gerechnet wird. Sie litt schon vor dem Beginn dieser Krankheit an hypochondrisch-paranoischen Erscheinungen mit verschiedenen Phobien und dadurch bedingten Zwangshandlungen. Unter zunehmender Reizbarkeit und missvergnügter, aggressiver Stimmung wurde sie mehr und mehr verwirrt, ohne dass sich jedoch irgend ein fixirtes System von Wahnideen herausbildete. Unter Fiebererscheinungen und zunehmendem Collaps starb sie ziemlich plötzlich. In diesem Falle fasst G. die Sache so auf, dass eine durch andere Verhältnisse (angeborene Disposition, Influenza u. s. w.) verursachte Geisteskrankheit durch die strumöse Intoxication eines zutretenden Morbus Basedowii beeinflusst und verschlimmert ward.

Koch (Kopenhagen).

---

151) **P. J. Möbius:** Ueber Seelenstörungen bei Chorea.

(Neurol. Beiträge von P. J. Möbius, H. 2, pg. 123 ff.)

Nachdem Verf. darauf hingewiesen, dass die Krankheit Chorea streng zu scheiden ist von dem Symptom Chorea, die chronische Huntington's zu trennen von der wahren Chorea, wie sie Sydenham beschrieben, führt er aus, dass die letztere, die er hier behandelt, eine infectiöse Krankheit sei. Denn sie befällt vorher ganz gesunde Menschen; ihr Verlauf ist der einer infectiösen Krankheit, nicht der einer Neurose; man kann an Chorea sterben und Endocarditis bezw. Gelenkerkrankung ist häufige Begleiterscheinung. Dementsprechend ist auch das bei Chorea öfter vorkommende Irresein den infectiösen Psychosen beizurechnen. Diese Choreapsychosen, deren Verlauf und Character M. an einer Krankengeschichte und den Notizen der Litteratur illustrirt, stehen in keinem immer vorhandenen directen Verhältniss zu den Choreabewegungen, zeigen immer a's Hauptsymptome Verwirrtheit und Sinnestäuschungen und heilen meist vollständig. Das durchschnittliche Alter der Choreapsychotischen ist 19 Jahre, während die Choreakranken überhaupt durchschnittlich unter 15 Jahre alt sind. Das hängt wohl damit zusammen, dass Kinder überhaupt viel weniger von Psychosen befallen werden als Erwachsene, vielleicht hängt es auch von dem Einflusse des Alters ab, dass bei der Chorea der Schwangeren besonders häufig geistige Störungen vorkommen. Von dem rheumatischen Irresein ist die Choreapsychose nicht streng zu trennen. M. fasst seine Ausführungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Chorea Sydenham's ist eine durch Infection entstehende Krankheit.
2. Die seltene Choreapsychose besteht, gleich allen toxischen Delirien, in einem traumhaften Zustand, der sich durch Verwirrung, Neigung zu Täuschungen mehrerer Sinne, Wahngedanken und Aufregung kundgiebt.

3. Die Chorea kann den verschiedenen Formen des Irreseins der Entarteten als Gelegenheitsursache dienen und andrerseits kommen besonders bei jugendlichen Entarteten hysterische und manieartige Zustände vor, zu deren Symptomen Choreabewegungen gehören.

Dauber-Würzburg.

---

152) **Fr. Lehmann**-Werneck: Ueber einen ungewöhnlichen Fall von Epilepsia nocturna.

(Allg. Zeitschr., Bd. 51)

Ca. 18 Jahre altes Mädchen. Vater Potator. Als Kind schwächlich, seit dem 3. Jahre epileptische Anfälle, auch im späteren Kindesalter noch Bettnässen. Schon zur Schulzeit wegen Umhervagirens, Stehlens bestraft. Ausgeprägter Egoismus, Unempfänglichkeit für moralische Begriffe. Keine Lust zur Arbeit, Hang zum Lügen, Intriguiren, Bigotterie. Intellectuell leichter Schwachsinn. Körperlich nunmehr gut genährt, starkes Fettpolster.

Epileptische Anfälle bei der Nacht, bei Tage selten und nur, wenn sie einmal eingeschlafen ist. Durchschnitt 8—9mal in der Nacht, stets in gleicher Weise: Oeffnet die Augen, blickt starr, streckt einen Arm oder ein Bein oder beide starr aus, erwacht nach ca. 10 Secunden. Auch längere Anfälle. Direct nach dem Anfall etwas benommen, bald aber klar. Häufig dabei Bettnässen. Vor dem Anfall stets derselbe Traum: Ein oder mehrere Männer lägen neben ihr, forderten sie auf wegzurücken, da sie da liegen wollten. Einige seltene Male typische epileptische Anfälle. Als dritte Varietät die, dass Patientin aufstand, ein Stück vorwärts lief und dann hinfiel, worauf in erstgenannter Weise der Anfall folgte. Mit Brom nur übler Erfolg, da Patientin am Tage in Schlaf gerieth und Anfälle bekam.

Das Absonderliche in diesem Fall beruht nach Verf. 1. in der grossen Anzahl der Anfälle, 2. darin, dass sie nur im Schlaf erscheinen, 3. darin, dass es nur zum tonischen Stadium kommt und kein clonisches folgt (der tonische Krampf ist sehr stark und die Besinnung fehlt), 4. in dem eigenthümlichen, stets in gleicher Weise wiederkehrenden Traum, den Verfasser geneigt ist, für eine Hallucination zu halten, und der er die Bedeutung einer Aura vindicirt.

Wolff.

---

153) **Ragneau**: Rapport sur l'état mental du sieur A . . . . ., inculpé d'outrages aux mœurs.

(Annales médico-psychologiques 1895, pg 387 ff.)

Dr. Ragneau veröffentlicht ein vor dem Tribunal von Orléans von ihm erstattetes Gutachten über einen 70jährigen Mann, der in 11 Fällen vor Schulmädchen exhibitionirt und masturbirt hatte. Die Eltern waren nervös. Der Angeklagte war körperlich in der Hauptsache gesund gewesen, als junger Mann hatte er etwas getrunken. Er besann sich auf alle Einzelheiten der ihm zur Last gelegten Verbrechen, war bei ihrer Ausführung klug berechnend zu Werke gegangen, um sich nicht ertappen zu lassen, gestand Alles zu, empfand Reue, behauptete aber, widerstandsunfähig gegen seine Leidenschaft zu sein.

Ragneau stellte fest, dass der Angeklagte seit dem 12. Lebensjahre ohne Unterbrechung Masturbation geübt hatte. Schon als Knabe gerieth

er beim Anblick eines Taschentuchs in Erregung, namentlich eines schwarz und weiss carrirten. Seit dem 15. Jahre wurde der Coitus vollzogen, doch nur unter Beihülfe eines Taschentuchs mit rechtem Erfolge. In der Ehe wurde die Sache nicht besser. Sein ganzes Leben lang stahl der Beschuldigte Taschentücher, die er zärtlich liebte, an denen er sich Erektionen und Ejakulationen verschaffte. Als sich etwa mit dem 65. Jahre Impotenz immer bemerkbarer machte, begann er kleine Mädchen zu inspiciren, vor ihnen zu exhibitioniren u. s. w. Die Exploration ergab weder Anhaltspunkte für Demenz, noch für Epilepsie, noch für hereditäre Degeneration. Unfähigkeit, die Antriebe zu unterdrücken, konnte nicht angenommen werden. Doch wurden die heftigen Anfechtungen, die er erlitt, zur Plaidirung für mildernde Umstände verwendet. Georg Ilberg-Sonnenstein.

---

154) **Laupts:** Une perversion de l'instinct, l'amour morbide; sa nature et son traitement.

(Annales médico-psychologiques 1895.)

Die Arbeit handelt ausschliesslich über die krankhafte Liebe des Mannes zum Manne. Bei platonischer oder nicht platonischer Liebe zwischen zwei männlichen Wesen ist der eine der Starke, der andere der Schwache. Dieser ist der passive, jener der active Theil. Beim Schwachen ist nicht nur die Psyche, sondern auch der Körper von weiblichem Typus. Bei ihm besteht eine angeborene Anomalie, er empfindet Abneigung gegen das Weib, er ist unheilbar und gefährlich, weil er Andere in Versuchung führt. Laupts nennt ihn den inverti né. Der Starke repräsentirt psychisch und somatisch einen männlichen Typus. Er ist nur in anormale Gesellschaft gerathen; er ist der inverti d'occasion; seine Verirrung ist heilbar. Zwischen diesen beiden Typen steht ein dritter. Zu ihm gehört Derjenige, der als Mann empfindet, Männer anzieht, Weibern nicht angenehm ist. Das ist der prédisposé. Dieser fühlt sich entweder zum Starken oder Schwachen hingezogen. Im ersten Fall ist er nicht heilbar, im zweiten heilbar. Der indifférent endlich liebt ebenso weibliche Männer wie Weiber. Auch er ist heilbar. Von allen diesen Kranken ist abzutrennen der perverti, der sich nur eine neue Variation der Ausschweifung ausgewählt hat.

Therapeutisch empfiehlt der Verf. für seine heilbaren Fälle ausser der Entfernung der verführenden Elemente den moralischen Contact mit anständigen Frauen und Mädchen.

Georg Ilberg (Sonnenstein),

---

155) **M. A. Raffalovich:** L'uranisme. Observations et conseils.

(Erweiterter Sep.-Abdr. aus den Archives d'Anthropologie criminelle, Lyon, Storck, 1895, 81 p, 8°. Als Broschüre deutsch bei H. Kornfeld, Berlin 1895.)

Der bekannte Philanthrop beschäftigt sich hier in der ihm eigenen humanen und ernsten Art mit dem Schicksal der Homosexualen. Er sieht die Lösung der Frage, wie man sich zu ihnen stellen soll, in der Erziehung der Homosexualen zum Verzicht auf Geschlechtsgenuss. Für die edler veranlagten Naturen unter diesen Unglücklichen wird das wohl auch möglich sein, und solche feiner organisirte Wesen sind unter ihnen ja nicht selten. Wenn R. sagt:[1] „Le mariage est le pire remèdes, sacrifiant la

tranquillité et la santé des enfants à la guérison invraisemblable du père, et à sa rehabilitation problématique", wird ihm wohl jeder Verständige beipflichten, denn der Mensch ist dazu da, seine Reflexe und Instincte zu beherrschen, ensprechend den Ansprüchen der Gemeinschaft; ebenso unterschreibe ich folgende Bemerkung: „Je me demande quelquefois, si les écrivains sérieux, qui s'occupent de l'inversion sexuelle ne sauraient être un peu plus bégueules et un peu moins innocents".

Die Broschüre verdient auch wegen ihres übrigen Inhalts alle Aufmerksamkeit.

Kurella.

156) **Tellegen** (Haag): Sexuelle Abstinenz. (Het vraagstuk der geslachtelijke onthouding.)

(Psychiatr Bladen, XIII, 2.)

Ein sehr warmes, durch aus vielen Quellen genommenes Material gestütztes Plaidoyer für Abstinenz vor und neben der Ehe. Dass T. zu Eingang erklärt, ohne den heutigen Niedergang der früher in der Medicin herrschenden materialistischen Philosophie hätte er nicht den Muth zu seinem Vortrag gehabt, zeugt von einem mangelnden Verständniss für die Bedeutung des Materialismus.

Kurella.

157) **Rutgers** (Rotterdam): Die Aetiologie des perversen Geschlechtstriebs. (Over de aetiologie van perverse geslachtsdrief.)

(Psychiatr. Bladen, XII, 3, p. 181.)

R. fragt: „Der Geschlechtstrieb kann auf allerlei Weisen befriedigt werden; wie kommt es nun, dass eine dieser Weisen ein gewisses Monopol bekommen hat?" Er nimmt also a priori an, dass das, was das spätere ist, die Erfindung nicht-heterosexualer Practiken, das ursprüngliche wäre; das Vorherrschen der heterosexualen Methode erklärt er aus der Vererbung der Anlage dazu. Es ist richtig, dass man per anum nichts vererben kann.

Kurella.

158) **van Deventer** (Meerenberg): Fall von sexueller Neurasthenie. (Een geval van sexueele neurasthenie.)

(Psychiatr. Bladen, XII, 2.)

Ein impotenter frühzeitig vergreister Lehrer betastet auf der Strasse die Nates einer Schülerin. Das Gutachten nimmt sexuelle Neurasthenie an.

Kurella.

159) **De Snoo** (Meerenberg): Fall von angeborener conträrer Sexualempfindung.

(Psychiatr. Bladen, XII, 2—4; XIII, 3.)

Der sehr eingehend mitgetheilte Fall ist sehr merkwürdig. Der Kranke, wegen Circumcisions-Versuchen an seinen Schülern in Berlin verhaftet, ist eingehend von Lesser, Wernicke und der wissenschaftlichen Deputation begutachtet worden; das Gutachten letzterer findet sich in der Viertelj. f. ger. Medicin 1891, p. 207—235. Keiner dieser Begutachter hat Anhaltspunkte gefunden, Inversion bei dem Inculpaten anzunehmen Dieser war Ende 1890 nach Holland gegangen, hatte sich 1894 mehrfach durch sexuelle Attentate auf Knaben unmöglich gemacht, und suchte, in die Enge getrieben, die Anstalt Meerenberg auf. Hier schrieb er eine von widerwärtiger Süsslichkeit, Affectirtheit, Eitelkeit und Unnatur strotzende

Biographie, in der er seine 1889 begangenen Strafthaten auf Knabenliebe zurückführt. Schade nur, dass in seiner 1889 in der Charité für Mehlhausen geschriebenen Biographie keine Rede von Inversion ist, sondern religiöse Motive (Entsündigung durch sündloses Blut) genannt werden. Ich überlasse denen, die noch naiv genug sind, Päderasten und Cocotten ihre Erzählungen, wie sie zu Fall kamen, zu glauben, eine der beiden Versionen für richtig zu halten. Die lange Arbeit ist übrigens sehr lesenswerth; in keinem Stücke der Päderasten-Litteratur, auch in den von v. Krafft-Ebing mitgetheilten „Geständnissen" nicht, tritt die Trias der Charactereigenschaften, welche Päderasten mit alternden Dirnen theilen: Eitelkeit, Frömmelei und Verlogenheit — so superlativisch hervor, wie in den von S. migetheilten Ergüssen. De Snoo selbst gehört zum Theil noch zu den gläubigen Lesern päderastischer Manifeste. Kurella.

---

160) **R. v. Krafft-Ebing:** Meineid, Hysterismus, behauptete Amnesie und Unzurechnungsfähigkeit. Facultätsgutachten.

(Jahrb.für Psychiatrie und Neurologie, XIII. Band, Heft 2 und 3.)

Eine 30jährige unverheirathete Person war des Meineides angeschuldigt. Sie konnte sich an den Thatbestand, welcher ihr zur Last gelegt worden war, durchaus nicht erinnern, so dass die Frage ihrer Zurechnungsfähigkeit aufgeworfen wurde. Es handelte sich um ein neuropathisches hysterisches Individuum, welches eine mündliche Clausel bei einem geschlossenen Miethcontracte, „die Wohnung soll rein von Wanzen und trocken sein", absolut nicht wahrhaben wollte. Alle Nebenumstände waren ihr durchaus gegenwärtig, nur dieses Glied fehlte in ihrer Erinnerung. Eine derartige partielle Amnesie wäre zu erklären, wenn es sich um ein ganz zufälliges, nicht zur Sache gehöriges bedeutungsloses Ereigniss gehandelt hätte, nicht aber in diesem Falle, in welchem die incriminirte Erinnerungslücke den wichtigsten Theil des Miethvertrages enthielt und durch Zeugen beschworen worden war. Das Gutachten der Wiener medicinischen Facultät schliesst eine derartige partielle Erinnerungslosigkeit aus, einmal da man nach empirischen Reproductionsgesetzen an diejenigen Begebenheiten sich am leichtesten erinnere, die ungewöhnlich seien und während sie erlebt würden, Gemüthsbewegungen hervorriefen. Die Angeklagte halte aber besagte Miethclausel für so ungeheuerlich, dass sie nach ihren eigenen Worten den Contrahenten, im Falle er ihr solches zugemuthet, hinausgeworfen hätte. Zweitens lehrt die Erfahrung, dass Erinnerungen, die verloren gegangen seien, wieder erweckt würden, wenn ihre Erinnerung durch die Erwähnung der Nebenumstände aufgefrischt würde, wozu in diesem Falle reichliche Gelegenheit vorhanden war. — Nach ihrer Verurtheilung verfiel die Angeklagte in eine hysterische Geistesstörung. Beh.

---

161) **Thomsen**-Bonn: „Commotio, Hirnverletzung oder Neurose?"

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band 51.)

Ein erblich belasteter, scheinbar bereits auf der Besserung befindlicher Melancholiker schiesst sich mit einem Revolver von geringer Kraft eine Kugel gegen die Stirn — geringe Knochendepression im rechten Stirnbein, 2 cm neben der Mittellinie. Wahrscheinlich wurde er nicht völlig bewusst-

los, denn eine halbe Stunde danach ist er bei Bewusstsein. Die plattgedrückte Kugel wird nun Tags darauf leicht entfernt. In den ersten Tagen nach dem Schuss keine Erscheinungen, ausser leichtem Deliriren am ersten Abend; vielmehr ist die Melancholie wie plötzlich verschwunden. Am Morgen des 5. Tages plötzlich epileptische Anfälle mit Bewusstlosigkeit, am nächsten Tage verschwindend bis auf geringe Zuckungen. Am 7. und 8. Tage klares Bewusstsein, geringe Kopf- und Nackenschmerzen; am 9. Tage plötzlich Auftreten von Benommenheit, am 11. Coma mit Symptomen des Hirndrucks (Pulsverlangsamung) und ausserdem Lähmungs- und Reizerscheinungen linkerseits. Am 12. Tage Somnolenz und Lähmungs- und Reizerscheinungen rechts. In der Nacht auf den 13. Krankheitstag Besserung, Rückkehr des Bewusstseins, nur links noch Facialisparese und vorübergehend Zähneknirschen. Rasches Fortschreiten der Genesung, Entlassung des Patienten, der nach 4 Wochen gesund ist.

In seinen Reflexionen über diesen Fall kommt Verf. zu dem Resultat, dass es sich hier wahrscheinlich um die specielle Reaction eines bereits kranken Gehirns auf eine Erschütterung handle. Wolff.

---

162) **van Deventer** (Meerenberg): Ein Fall von sanguinischer Minderwerthigkeit.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 51.)

Auf 25 Seiten kleinen Druckes führt uns v. D. das Leben eines, wie er es nennt, „sanguinischen Minderwerthigen“ vor, mit sehr eingehender Characteristik desselben. Patient steht im Anfang der 30er Jahre und stammt von einer Mutter, die Landstreicherin, grob und unsittlich war; ein Bruder des Patienten ist Potator. Patient selbst kam erst mit 12 Jahren in die Schule, lernte erst mit dem 16. Jahre leidlich schreiben, weil die Mutter, die zu der Zeit starb, ihn bisher am Schulbesuch gehindert hatte. Der Knabe zeigte sich schon früh unverlässlich und lügnerisch und von lebendigem, beweglichem Wesen und neigte bereits zum weiblichen Geschlecht. In Folge seiner Unbeständigkeit ohne Lust zum Handwerk trat er in die ostindische Armee ein, wurde aber bald wegen Asthma verabschiedet. Er war grob, wüst und liederlich, besuchte Bordelle etc. Nach Hause zurückgekehrt verübte er nun eine ganze Reihe Betrügereien als Heirathsschwindler. Er war bald hie und da, versprach einer ganzen Anzahl von Frauenzimmern die Ehe, schwindelte ihnen Geld ab und bestahl sie direct. Er trat fein gekleidet auf, hatte Manieren, zeigte sich höflich, zuvorkommend, auch wohl prahlerisch, geschwätzig, eitel und aufgeblasen in der Oeffentlichkeit, sonst aber war er grob und falsch und versuchte sogar einmal, seine Frau unversehens vom Balkon herabzustossen, indem er that, als ob er sie vielmehr festhalten wollte u. s. f. Während seines Aufenthaltes in der Irrenanstalt simulirte er Geisteskrankheit und zwar Schwachsinn, welches ihm indess nur schlecht gelang.

v. D. meint nun, es stelle dieser Fall eine jener Zwischenformen zwischen Gesundheit und Krankheit dar, wie sie im Leben nicht selten sind, und zwar sei das Characteristische hier die Lust und Ungebundenheit, ähnlich wie bei der Manie. Er nennt diesen Zustand „sanguinische Minderwerthigkeit“ und glaubt nach seinen Erfahrungen als Gerichtsarzt eine

Eintheilung nach Temperamenten gerechtfertigt. Er unterscheidet daher einen sanguinischen, melancholischen, cholerischen und phlegmatischen Minderwerthigkeitstypus. Der cholerisch Minderwerthige steht zwischen dem Choleriker und dem Neurastheniker (Characteristicum: „Uebergefühligkeit“), und der phlegmatisch Minderwerthige zwischen dem Phlegmatiker und dem moralischen Idioten (Gefühllosigkeit). Wolff.

---

163) **v. Deventer** (Meerenberg): Fall von paranoïder Minderwerthigkeit. (Een paranoiatische minderwaardigheidstype.)

(Psychiatr. Bladen, XIII, 1, p. 42—92.)

17jähriger erblich beanlagter Knabe will, von seiner Nichte, in die er verliebt ist, ausgelacht, Suicid begehen, kauft von anvertrautem Gelde einen Revolver, ladet ihn einmal, drückt dreimal auf ungeladene Trommelstellen ab, giebt sein Vorhaben auf, will der Unterschlagung wegen nicht zu seinem Brotherrn zurück und schiesst, um ins Gefängniss zu kommen, nach kurzem Ueberlegen auf zwei Herren, die ein Tanzlokal betreten wollen. Er ist in der Haft streitsüchtig und renommirt mit anarchistischen Schlagworten, benimmt sich schwachsinnig. Das Gutachten sagt an der einen Stelle: „Wir haben im Vorhergehenden das Bild des Wahnsinns in seiner Entwicklungszeit skizzirt“; an einer anderen Stelle: „Angeklagter ist ein Minderwerthiger, der den Uebergang bildet zwischen dem normalen Menschen und dem Wahnsinnigen“; und kommt zum Schluss: „Dass Angeklagter nicht an fehlerhafter Entwicklung oder krankhafter Störung des Verstandesvermögens leidet“. Sehr bündig scheint mir die conclusio nicht aus den Prämissen zu folgen. Kurella.

---

164) **Löwenfeld:** Ein Fall mit Zwangsvorstellungen zusammenhängender corticaler Krämpfe.

(Sonderabdruck aus der deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde 1896.)

24jähriger Mann mit erblicher Belastung und sexueller Hyperästhesie leidet zeitweise an Krämpfen mit Jackson'schem Typus, gewöhnlich linkerseits, welche übrigens auch auf die rechte Seite übergehen können. Das Bewusstsein ist dabei nicht in Mitleidenschaft gezogen, Patient kann, wenn er sich nicht in besonderer Erregung befindet, den Anfall durch energische motorische Ablenkungen (Aufstampfen, Beissen auf die Lippen) unterdrücken.

Ausgelöst wurden diese Zustände besonders durch unvorhergesehenes Angesprochenwerden von Bekannten auf der Strasse, in den schlimmsten Zeiten schon durch das blosse Begegnen von Menschen. Auch beim Aufstehen vom Sitz kam es oft zu der geschilderten Erscheinung. Beim Ausbruche derselben hat der Patient das Gefühl von Angst.

Die Genese dieses zweifellos ideogenen Falles ist folgende:

Ursprünglich traten die Krämpfe spontan und selten auf. Der Patient bemühte sich, dieselben vor den Angehörigen zu verbergen. Dieses Bestreben verband sich alsbald mit der Angst, es könne einmal ein Anfall coram publico sich einstellen und die so entstandene Zwangsvorstellung lieferte dann thatsächlich das befürchtete Ereigniss.

Die Affection besserte sich sehr.

Löwenfeld reiht den Fall nicht unter die Hysterie, sondern unter die Phobien, indem er der Angst den Hauptantheil an der interessanten Reizerscheinung beimisst. Jentsch.

V. Zur Tagesgeschichte.

Zur Frage der Idiotenfürsorge geht uns folgender Stoff zu, der für das Märzheft zu spät kam. — Redaction.

Berichtigung.

Nach dem Versammlungsbericht über die 8. Conferenz für das Idiotenwesen in Heidelberg — Octoberheft 1895, Seite 517 — haben die Ausführungen des Directors Rall der Heilanstalt Mariaberg (vergl. insbesondere den Ausdruck „Blechmantel“ und den Passus „die Geständnisse des Directors Rall“) Anstoss gefunden und, wie es scheint, zu einer unrichtigen, eventuell nachtheiligen Ansicht über die Heilanstalt Mariaberg (Württemberg) Anlass gegeben. Die Unterzeichneten sehen sich desshalb veranlasst, den anstössigen Ausdruck „Blechmantel“ näher zu erklären. Derselbe besteht lediglich in einem kleinen, einem Matrosenkragen nicht unähnlich sehenden Schilde aus Weissblech, der einem 21jährigen männlichen Pflegling, welcher in hohem Grade die üble Gewohnheit hat, seine Kleider, auch wenn solche mit starkem Tuch oder gar mit Leder besetzt sind, vornehmlich auf den Schultern bis auf die Haut, ja bis in die Weichtheile hinein, auf- und anzunagen, über die Schultern gelegt wird. — Dieses kleine Blechschild, dessen oberer, innerer Rand vom Halse immer noch 3—4 cm absteht und mit weichem Flanell überzogen ist, belästigt den Träger desselben in keiner Weise und erfüllt seinen schützenden Zweck vollständig.

Derartige Mittel kommen nur auf specielle Anordnung des Anstaltsarztes zur Anwendung. — Durch obige Darlegung schrumpft der sogenannte Blechmantel zu bescheidener Kleinheit zusammen, und damit dürfte auch der Ausdruck des Referenten „Geständnisse des Directors Rall“ eine andere, mildere Deutung erfahren.

Mariaberg, (Württemberg) 31. Januar 1896.

Dr. Stehle, Anstaltsarzt.
Anstaltsdirector Rall.

Zur obigen Berichtigung erlaube ich mir Folgendes hinzuzufügen:

Der Ausdruck „Blechmantel“ stammt nicht von mir, sondern von Herrn Director Rall selbst. Ob ich berechtigt war, von „Geständnissen“ zu reden, mag dem Irrenarzte der officielle, in manchen Punkten gemilderte Bericht (Dresden, Commissionsverlag von H. Burdach) zeigen, der die Ausführungen des Herrn Directors Rall wörtlich folgendermassen wiedergiebt:

„Es sei Ehrensache, dahin zu wirken, dass unsere Anstalten weder mit den Irrenanstalten in Zusammenhang gebracht, noch Zuchthäuser genannt werden. Die Kinder müssten in den Anstalten nicht bloss erzogen, sondern auch gezogen werden. Darunter verstehe er die directe Strafe. Es werde keine Anstalt geben, in welcher diese directe Strafe nicht vorkomme. Der Stock müsse gebraucht werden. Aber nicht der Wärter oder Lehrer habe mit demselben umzugehen, das sei ausschliessliches Recht des Leiters. Ein

Wort des Lehrers thue oft viel mehr, als die Strafe Seitens des Wärters. Auch müsse man darauf sehen, dass selbst die Strafe in der Liebe geschehe.

Ferner hebt er hervor, dass die Kostentziehung oft mehr wirke als der Stock. Auch dieses Zuchtmittel dürfe nur in der Hand des Hausvaters ausgeübt werden. Ebenso sei es mit der Freiheitsstrafe zu halten. Nach seiner Ansicht sei eine Isolirzelle nothwendig. Seine Erfahrungen seien die, dass ein Aufenthalt von nur wenigen Minuten meistens von den wohlthätigsten Folgen für aufgeregte Kinder begleitet gewesen sei. Den Aufenthalt über Nacht in der Isolierzelle halte er natürlich für ausgeschlossen. Redner spricht sich auch für Anlegung einer Schutzkappe aus. Mit der Erstarkung des Körpers des Kindes nehme auch der Eigensinn, der Zerstörungssinn zu, welcher sich im Zerkratzen der Hände, des Gesichts u. s. w. äussere. Solche Kinder nehmen die Kappen oft gern, Zu gewissen Zeiten verlangen sie sogar darnach. Er kommt zu dem Schluss: Manche Zuchtmittel sind nothwendig und müssen angewendet werden, aber nur von dem Anstaltsleiter, und die Liebe müsse sich auch in der Strafe zeigen."

Wenn der Herr Anstaltsarzt, der „zweimal wöchentlich, in besonderen Fällen täglich" die Anstalt von 150 Pfleglingen besucht, die Anlegung von Blechkragen und Schutzkappen selbst anordnet, so zeigt sich darin nur die Nothwendigkeit, von den Psychiatern zu lernen, wie man bei solchen Kranken ohne diese Zwangsmassregeln auskommt. Und wenn Herr Director Rall es „für Ehrensache hält, dass die Idiotenanstalten nicht mit den Irrenanstalten in Zusammenhang gebracht werden", so ist es Pflicht der Psychiater, dafür zu sorgen, dass die Idiotenanstalten der Leitung von Fachmännern unterstellt werden, damit sie nicht mehr „Zuchthäuser" genannt werden können, in denen man Kranke mit „Zuchtmitteln, mit Nahrungsentziehung und Freiheitsstrafen" behandelt.

Heidelberg, 15. Februar 1896.

Dr. G. Aschaffenburg.

Inhalt des April-Hefts.

I. Originalien.

II. Bibliographie.

III. Original-Vereins-Bericht.

IV. Referate u. Kritiken.

A. Anatomie und Physiologie.

B. Nervenheilkunde.

Specielle Pathologie.

Neurosen.



CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XIX. Jahrgang. 1896 Mai. Neue Folge VII. Bd.

I. Originalien.

I.

Ueber Jodquecksilberhæmol.

Von Prof. K. Kobert-Dorpat.

Mit Bereitwilligkeit komme ich der Aufforderung des Centralblattes für Nervenheilkunde und Psychiatrie nach, kurze Mittheilung über das in der Ueberschrift genannte Präparat zu machen.

Unter dem Namen Haemolum hydrargyro-jodatum, Jodquecksilberhaemol, führt die Firma Merck ein von mir angegebenes und zuerst dargestelltes Präparat, welches 13 % Quecksilber und 28 % Jod an Blutfarbstoff gebunden enthält und zu dem Zwecke ausgedacht worden ist, für spätere Stadien der Syphilis ein Ersatzmittel des viele Schattenseiten zeigenden Hydrargyrum bijodatum zu bilden. Vor letzterem Präparate hat es nun in der That wohl auch einige Vortheile, indem es 1. für Schleimhäute keinerlei Aetzwirkung besitzt, 2. den Magen ungelöst und ohne Störungen zu veranlassen durchwandert, 3. neben der specifischen Jodquecksilberwirkung eine milde Eisenwirkung entfaltet, die bei herabgekommenen Individuen recht gern mit in den Kauf genommen wird. Vor dem Kalomel hat es den Vortheil, dass es weniger leicht Salivation und Durchfall veranlasst. Es wird in Pillen genommen, welche nach folgender Formel herzustellen sind: Hæmoli hydrargyro-jodati 10,0

Opii 1,0.

Unguenti Glycerini quant. sat. ut fiant lege artis pilulæ Nr. 100.

D. S. 3 mal täglich erst eine, dann 2, dann 3 und zuletzt 4 Pillen zu nehmen.

Bis jetzt liegen Veröffentlichungen über die Wirkung des Jodquecksilberhæmols aus Oesterreich und England vor. Weitere Publicationen aus

Deutschland, Russland etc. sind in Vorbereitung. Rike*) behandelte in der Neumann'schen Klinik in Wien mit dem Mittel 25 Patienten, welche Syphilis der verschiedensten Formen und Stadien aufwiesen. Das Mittel wurde bei innerer Darreichung in Pillenform prompt resorbirt, aber es ergab sich niemals die Nothwendigkeit, das Mittel wegen schwerer mercurieller Intoxicationserscheinungen auszusetzen. Rike's Ansicht geht dahin, dass das Jodquecksilberhæmol natürlich kein Ersatz der Schmierkur sein kann — was ich auch niemals gedacht, geschweige denn gesagt habe — dass es jedoch da, wo aus irgend welchen Gründen interne Medication nöthig ist, vor den anderen internen Quecksilberpräparaten gewisse Vortheile besitzt und keine grossen Gefahren mit sich bringt. Prof. Dixon Mann, welcher im königl. Hospital zu Manchester eine ähnliche Versuchsreihe angestellt hat, kam dabei zu dem Ergebniss, 1. dass das Mittel lange Zeit hindurch innerlich in Pillen gegeben werden kann, ohne dass Salivation erheblicher Art die Kur stört; 2. dass das Mittel im squamösen Stadium sicherer wirkt als Kalomel; 3. dass bei anämischer und schwachen Kranken das Mittel vor anderen Mecurialien unleugbare Vorzüge hat.

Unter solchen Umständen darf man vielleicht gerade den neurologischen Collegen das Mittel zur Prüfung in der eigenen Praxis empfehlen.

II.

Zum biologischen Verständniss der somatischen und psychischen Bisexualität.

Von Dr. H. Kurella.

Es ist kein aussichtsvolles Beginnen, die Psychiater, wie die Mediciner überhaupt, für die biologische Seite der Erscheinungen, die ihren Erfahrungskreis ausmachen, zu interessiren. Ueber einen schematisch gedachten Mechanismus als Erklärungsprincip pathologischer Erscheinungen reicht ihr Interesse selten hinaus.

Diese Einseitigkeit ist wohl auf den Einfluss der pathologischen Anatomie zurückzuführen, der es so sehr an biologischen Gesichtspunkten fehlt und deren Haupt-Autorität, Virchow, stets seinen ganzen Einfluss zur Bekämpfung darwinistischer Ideen und biologischer überhaupt aufgeboten hat. Auf diese historische Thatsache ist wohl auch die Unzugänglichken derer, die sich mit dem Entartungsproblem befasst haben (besonders Baer's und Näcke's) für die Würdigung biologischer Gesetze, z. B. des Atavismus, zurückzuführen.

Ich wüsste nun kein Kapitel der Psychopathologie, welches durch biologische Gesichtspunkte in dem Maasse aufgehellt würde, als das der geschlechtlichen Inversion.**)

---

*) Wiener med. Blätter 1895, Nr. 20; Wiener klin. Wochenschr. 1895, Nr. 20

**) Der Ausdruck conträre Sexualempfindung ist sehr unglücklich. Um Anomalien der Empfindung handelt es sich dabei doch nicht, sondern um solche des Gefühls.

Das Räthsel dieser Erscheinungen hellt sich auf, wenn man sich klar macht, dass einerseits bei Invertirten die secundären und tertiären Merkmale des anderen Geschlechts — sowohl in somatischer wie in psychischer Hinsicht — entwickelt oder angedeutet sind, dass andererseits Männer mit auffallenden weiblichen Sexualcharacteren (Pseudohermaphroditen, Hypospadiæi, Gynækomasten, Fälle von Infantilismus) geschlechtlich invertirt oder indifferent sind. („Psychosexueller Hermaphrodismus“.)

Ich verzichte zunächst darauf, meine eigenen, ziemlich umfassenden Erfahrungen und Enquêten auf diesem Gebiete in extenso wiederzugeben und beschränke mich auf die Darstellung meiner allgemeinen Ergebnisse.

Was mich zu diesem Verfahren veranlasst, das sind einige neuere litterarische Erscheinungen. Ich nenne davon als wichtigste den Artikel von Havelock Ellis im Februar-Heft dieser Zeitschrift (bes. p. 59 und 60); ferner hat das mir von Ellis freundlich anvertraute Manuscript seiner grösser angelegten monographischen Behandlung der Inversion durch viele darin enthaltene biologische Thatsachen meine eigenen Anschauungen bestätigt. Von hohem Werthe für das Problem sind ferner die Thatsachen, welche E. Laurent in seinem Werke über die Bisexualität („Les Bisexués“, Paris, E. Carré 1894) bietet. Die Arbeit giebt, ohne durch biologische Gesichtspunkte im mindesten beschwert zu sein — sie spricht nicht einmal von secundären und tertiären Geschlechtsmerkmalen — so viele interessante Beobachtungen über die Körperformen und die sexuellen Gefühle und Gewohnheiten bei Gynækomasten und Pseudo-Hermaphroditen, dass sich daraus allein schon eine Theorie der psychischen Bi- und Homo-Sexualität aufbauen liesse.

Die dritte Quelle besteht in einigen vortrefflich illustrirten Artikeln der Iconographie de la Salpêtrière.*)

Aus den Artikeln Meige's ist hervorzuheben, dass die sogenannten Hermaphroditen in der griechisch-römischen Sculptur nur eine Bisexualität der allgemeinen Körperformen, nicht der Genitalien zeigen, dass also den Alten die Inversion der secundären und tertiären Geschlechtsmerkmale wohlbekannt war. Meige's theoretische Stellungnahme geht aus folgenden Bemerkungen hervor:

„Les différences qui séparent les sexes ne portent pas seulement sur les organés destinés à la reproduction, autrement dit sur les caractères sexuels primordiaux. Le dimorphisme s'établit progressivement sur tout le corps; . . . . les différences qui en resultent sont désignées sous le nom de caractères sexuels secondaires . . . Cette évolution peut être arrêtée ou pervertie, chez le même individu ces deux modes peuvent parfois se manifester simultanément . . . . De là une variété infinie d'anomalies de développement qui se traduit par le mélange en proportion variable de caractères mâle et femelle chez un même individu . . . Une catégorie d'individus d'apparence bisexuée se rapproche infiniment des Hermaphrodites de l'antiquité. Ce sont ceux, dont les attributs sexuels primordiaux, exempts d'ailleurs de malformation congénitales trompeuses ou

*) 1895, Heft 1: H. Meige: Deux cas d'hermaphrodisme antique. — Heft 4: H. Meige: Infantilisme chez la femme; daselbst: v. Brero: Infantilisme et féminisme chez un épileptique.

de mutilations éventuelles, ont subi un arrêt de développement, soit à partir de la naissance, soit seulement au temps de la puberté. Dans le premier cas, le corps conserve indéfiniment les caractères extérieurs de l'enfance. Les attributs secondaires de l'un et de l'autre sexe demeurent imprécis. L'être est resté neutre. Dans le second, on voit, par une sorte d'inversion évolutive, se développer les caractères secondaires du sexe opposé. | C'est au premier de ces syndrômes morphologiques qu'il convient de réserver le nom d'Infantilisme; au second celui de Féminisme (l. c. p. 58 F.) . . . . „Au féminisme, qui apparaît chez le jeune homme, correspond chez la femme une anomalie morphologique inverse, à laquelle on donne quelquefois le nom de masculinisme; le terme de virilisme serait peut-être préférable. Cette forme est caracterisée par l'adjonction des attributs sexuels secondaires du mâle sur un individu du sexe féminin" (l c. p. 223).

So viel über den augenblicklichen Stand dieser Frage in der Litteratur.

Ich möchte vor Erörterung der Ergebnisse meiner eigenen Beobachtungen noch bemerken, dass diese morphologischen Erscheinungen eine weitreichende Bedeutung dadurch haben, dass sie zu dem Verständniss der Frauenfrage einen wichtigen Beitrag liefern; und dass dieses wichtige sociale Problem ohne eine ausreichende anthropologische Grundlage nicht behandelt werden kann, dürfte verständlich sein. Es ist evident, dass die Stellung, welche man zu dieser Frage einnimmt, zum Theil auch davon abhängt, ob man die heute in die Augen fallenden psychischen Unterschiede zwischen den Gechlechtern mehr für ein Ergebniss der Erziehung und der historisch entstandenen Gesellschaftszustände hält, oder für den nothwendigen Ausdruck einer verschiedenartigen Organisation. Für den Biologen sind die uns entgegentretenden Unterschiede zwischen Mann und Weib Folge der Thatsache, dass das Weib das Ei liefert und es nach seiner Befruchtung beherbergt, der Mann dagegen das Ei befruchtet. Die damit zunächst verbundenen morphologischen Eigenschaften sind die primären Sexual-Charactere. Nun lässt sich nicht leugnen, dass auf den frühesten Stufen der Entwicklung beide Formen primärer Sexual-Charactere, nämlich männliche und weibliche Keimdrüsen und Geschlechtsgänge, an demselben Individuum neben einander in gleicher Vollständigkeit auftreten, in der Mehrzahl der Fälle entscheiden dann uns unbekannte Factoren darüber, welche dieser Drüsen (mit ihren Leitungsapparaten) überleben und auswachsen wird, während die andere schnell zurückgebildet wird und bis auf kaum erkennbare Reste schwindet.

Damit ist über die künftige Gestalt des Fœtus entschieden.

Zu der Zeit, wo diese Entscheidung fällt, erhalten nun auch die bis dahin ganz indifferent gestalteten äusseren Genitalien, für welche — anders als für die Keimdrüsen — eine doppelte Anlage nicht existirt, den Impuls zur Umwandlung, entweder in den weiblichen oder in den männlichen Typus. Man sollte also, streng genommen, als secundär die äusseren Genitalien bezeichnen; sie sind nur einfach vorhanden, sie müssen entweder männlich oder weiblich ausfallen; welcher von beiden Fällen eintritt, darüber entscheidet diejenige der beiden Keimdrüsen, welche überlebt. Diese also ist das primäre, das eigentlich wesentliche und bedingende, daneben sind die äusseren Genitalien in jedem Sinne secundär.

Man wird sich die Processe, welche darüber entscheiden, ob die ei- oder die spermabildende Keimdrüse zur Entwicklung gelangt, als einen Kampf der Theile im Sinne von Roux denken müssen; jedenfalls entscheidet die Keimdrüse einmal in sehr früher Zeit über das Schicksal der secundären Geschlechtsmerkmale.

In den ersten Jahren der Kindheit unterscheiden sich die Geschlechter im wesentlichen nur durch ihre secundären und primären Merkmale: ich sage: im wesentlichen, denn im weiteren Verlauf der Kindheit deuten allgemeine Wachsthumsunterschiede, die von äusseren Verhältnissen ganz unabhängig sind, auf eine grosse Gruppe kommender tertiärer Unterschiede; jedoch bleibt es bei diesen Andeutungen, die als blosse, wenn auch nicht vollkommen latente Anlagen zu betrachten sind. Viele Thatsachen deuten darauf hin, dass in der Kindheit die tertiären Merkmale beider Geschlechter bei jedem Geschlechte mehr oder weniger latent vorhanden sind, z. B. die häufige Thatsache, dass ein Vater tertiäre Eigenschaften der eigenen Mutter auf seine Töchter (Eigenthümlichkeiten von Stimme, Haarwuchs, Brüsten etc.) vererbt, obwohl an ihm selbst nie eine Spur davon manifest geworden ist. Welche der beiden Gruppen tertiärer Merkmale sich nun entwickelt, darüber entscheiden ganz wie bei den secundären Merkmalen — den äusseren Genitalien — die Keimdrüsen. Diese Drüsen bleiben bekanntlich bei beiden Geschlechtern in den ersten 12—14 Lebensjahren ohne Function. Werden sie vor dem Beginn ihrer Function entfernt oder atrophisch, so entwickeln — allgemein ausgedrückt — sich auch die tertiären Merkmale des ursprünglichen Geschlechts nicht, dagegen entwickeln sich dann die latenten Anlagen der tertiären Merkmale des anderen Geschlechts. Am deutlichsten ist das da der Fall, wo ein Knabe früh eine Entfernung oder eine krankhafte Schrumpfung der Hoden erfährt. Er bekommt dann eine Frauenbrust; er wird Gynäkomast; aber er bekommt auch noch andere weibliche Merkmale dazu, und es entsteht bald das Bild des Infantilismus, bald das des Feminismus. Oft liegt dem ganzen Ereigniss eine primäre Hodenatrophie zu Grunde; auch dann entwickeln sich zur Zeit der Pubertät die tertiären Merkmale des Weibes. Daraus ergiebt sich nun, dass die letzteren auch beim Knaben in der Anlage vorhanden sind, dass ihre Entwicklung aber gehemmt wird, wenn der Hoden sich zur Function anzuschicken beginnt. Es muss vom Hoden Etwas ausgehen, was — manchmal unter Entzündungserscheinungen (Pubertäts-Mastitis)*) — die Anlage der Brüstdrüse zur Atrophie bringt; bei dem heutigen Standpunkte unseres Wissens muss man annehmen, dass dieses „Etwas" eine bestimmte chemische Substanz ist, eine Art Ferment. Und dieselbe Substanz hemmt die Entwicklung der übrigen tertiären weiblichen Merkmale, wie der Fettschicht der Hüften und Oberschenkel u. s. w. Die Entwicklung der Brüste, der weiblichen Fetthülle etc. ist also nicht die Folge eines von den reifenden Ovarien ausgehenden Reizes, sondern die Folge davon, dass die latenten Anlagen dieser Gewebe nicht vom den Hoden aus eine Hemmung erfahren.

Alles das gilt umgekehrt auch vom Weibe, wenn auch in geringerem Grade; auch bei ihr hemmt die Entwicklung der Ovarien

*) Stumcke: Journal für Kinderkrankheiten, 1847.

das Manifestwerden der latent vorhandenen tertiären männlichen Charactere.*)

Nun ist es nicht angängig, eine absolute Grenze zu ziehen zwischen Hermaphrodismus und Feminismus, resp. Virilismus, d. h. zwischen Inversion der secundären und Inversion der tertiären Geschlechtsmerkmale. Eine lückenlose Reihe verbindet die seltenen Fälle, wo beide Keimdrüsen vorhanden sind (Hermaphrodismus verus) und deshalb die secundären Merkmale sich nicht differenzirt, die tertiären sich vermischt haben — mit den Fällen, welche in den secundären und den tertiären Merkmalen dem anderen Geschlechte nahekommen (Pseudo-Hermaphrodite), und weiterhin mit denen, wo primäre und secundäre Merkmale in der Kindheit normal erschienen, eine Hemmung der Keimdrüsenentwicklung in der Pubertät aber die latenten Keime der eigengeschlechtlichen tertiären Merkmale ohne Anregung gelassen, die latenten des anderen Geschlechts nicht gehemmt hat. Ich betone, was Laurent nicht genügend hervorgehoben hat, dass alle Pseudo-Zwitter, d. h. alle Individuen mit Inversion der secundären Merkmale, auch Feminismus oder Masculinismus, d. h. Inversion der tertiären Merkmale zeigen.

Die Keimdrüse bestimmt also in zwei wichtigen Lebensepochen eine Differenzirung, die — in verschiedenen Graden — alle Organe des Körpers modelt.**) Wunderbarer Weise hat man diese doch nur chemisch zu verstehende Function der Keimdrüsen bisher nicht genügend gewürdigt; man hat bei anderen Drüsen — Hypophyse und Thyreoidea — viel weniger allgemeine Hemmungen und Reizwirkungen (Basedow, Myxödem, Acromegalie, Cretinismus) viel mehr gewürdigt, als die analogen Processe der Hermaphroditie, Effemination und Pubertät.***)

Die Keimdrüse bestimmt aber auch in einer dritten Lebensepoche eine Modificaton der sexuellen Differenzirung. Es ist das Climacterium und die entsprechende, langsamer verlaufende Involution beim Manne. Dass die Weiber nach dem Climacterium u. A. einen Bart bekommen und zu politisiren anfangen — zwei ausgesprochene männliche Merkmale — ist bekannt. Auf analoge Veränderungen bei alternden Männern will ich hier nicht näher eingehen.

Zusammenfassend kann man also sagen, dass dreimal im Verlauf der gesammten individuellen Entwicklung die Keimdrüsen die wesentlichsten Merkmale des Körpers bestimmen: 1. Bald nach der ersten geschlechtlichen

*) Das Becken bleibt, wo diese Hemmung fehlt, eng, die Schultern werden breit, die Extremitäten muskulös, mit deutlich sich auszeichnenden Vorsprüngen, die Schamhaare, manchmal auch die Behaarung des Gesichts, entwickeln sich wie beim Manne etc. Ganz ähnlich hemmt übrigens die Schilddrüse die Entwicklung des Myxödems. Eine latente Disposition zu letzterem ist sicher allgemein vorhanden.

**) S. das Werk von H. Ellis, Mann und Weib Leipzig 1894

***) Die Rolle, welche die Thyreoidea bei der Entwicklung der tertiären Merkmale spielt, ist nicht genügend bekannt. Dass sie neben den Hoden resp. Ovarien dabei immer mitwirkt, dafür sprechen folgende Thatsachen: 1. Das Vorkommen von Atrophie der Ovarien, des Uterus und der Brüste bei Basedow-Kranken 2. Der häufige Infantilismus bei Cretinen 3. Die Schwellung der Thyreoidea während der Menses. 4. Das überwiegende Vorkommen von Myxödem und Basedow bei Weibern — Meckel hat die Thyreoidea einen Uterus am Halse genannt. Man könnte sie vielleicht eher ein am Halse sitzenden Testikel nennen.

Differenzirung — hier wird die Gestaltung der secundären Merkmale (äussere Genitalien) bestimmt; 2. zur Zeit der Pubertät — nun wird über die den ganzen Organismus umfassenden tertiären Merkmale entschieden, und 3. schliesslich in der dem Greisenalter vorausgehenden sexuellen Involution.

Auf jeder dieser Stufen können nun Anomalien eintreten: Als primäre Anomalie der echte Hermaphrodismus; auf Stufe I der Pseudo-Hermaphrodismus, auf der zweiten der Infantilismus, der beim Manne mit Gynäkomastie verbunden ist; auf der dritten Stufe ist schliesslich die Decadence das Gewöhnliche.

Alle diese Anomalien zeigen Beziehungen zu der sogenannten Entartung; alle diese Anomalien finden sich in Familien, in denen schwere Nervenkrankheiten zu Hause sind; sie sind ferner häufig mit Idiotie, Schwachsinn, Epilepsie und angeborenem (oder von Kindheit auf nachweisbarem) Hange zu Verbrechen verbunden; sie sind in Bewahrplätzen von Vagabunden noch häufiger anzutreffen als in Zuchthäusern.

Zwischen allen diesen vom echten Hermaphrodismus bis zum Infantilismus reichenden Anomalien besteht kein qualitativer, sondern nur ein quantitativer Unterschied. Es handelt sich aber auch bei „normalen" Menschen nirgends um absolute Unterschiede, sondern nur um ein Plus oder Minus; man darf sagen — und das gilt ganz besonders von den psychischen Geschlechtsunterschieden — dass in keinem Individuum die Merkmale des anderen Geschlechts völlig latent bleiben; von den Männern, die ein Maximum männlicher Geschlechtsmerkmale besitzen neben einem Minimum weiblicher, läuft eine continuirliche Reihe bis zu dem als Voll-Weib imponirenden männlichen Pseudo-Zwitter und von diesem bis zum echten Zwitter; dasselbe gilt für das weibliche Geschlecht.

Denkt man sich alle Individuen beider Geschlechter in zwei solchen Reihen angeordnet, die beim Voll-Mann oder Voll-Weib beginnt und beim echten Zwitter endet, so wird man an einem gewissen Punkte dieser Reihe den resp. die Invertirte finden. Es ist ganz sicher festgestellt, dass sehr viele Homosexuale die tertiären Merkmale des anderen Geschlechts haben*); es ist ferner bemerkenswerth, dass Fälle von männlichem Infantilismus sehr häufig passiv an päderastischen Praktiken Theil nehmen und gern die Weiberrolle spielen.

Hierher gehört auch die Thatsache, dass die Prostituirten so häufig zur Homosexualität neigen und dass bei ihnen die tertiären Merkmale des Weibes sehr oft nur schwach entwickelt, die des Mannes ebenso oft unverkennbar ausgebildet sind. Demnach würde die Prostitution als eine noch nicht vollkommen entwickelte Inversion des Weibes erscheinen; sie würde mit dem psychisch-sexuellen Hermaphrodismus des Mannes zu analogisiren sein. Wem das paradox erscheinen mag, der mache sich klar, dass zwei Eigenschaften der Prostituirten unzweifelhaft eigen sind: ihr Mangel an weiblichem Ehrgefühl; ihr Mangel an Lustgefühl beim normalen Geschlechtsverkehr. Man verwechsle nur die Prostituirte nicht mit dem weiblichen Don Juan. Es muss freilich dazu noch ein drittes kommen, um mit diesen beiden Elementen die Prostituirte auszumachen: der sociale Parasitismus.

---

*) Ich verweise dafür auf die demnächst erscheinende Arbeit von Ellis.

Man bedenke aber, dass die sociale Energie des Menschen zum grossen Theil seinem Geschlechtsleben entstammt.

Ich glaube nun hinreichend gezeigt zu haben, dass das ganze grosse Gebiet der Geschlechtsunterschiede verständlich wird durch das Studium der Bisexualität. Dieses lehrt, wie Mann und Weib nur in der allerersten Anlage, so lange sie noch keines von beiden sind, einander gleichen; dass von dem Augenblicke an, in welchem entschieden ist, ob das werdende Individuum Ovarium oder Testikel haben wird, eine strenge Gesetzmässigkeit in mehreren Etappen zu einer beständig gesteigerten Verschiedenheit führt, bis endlich die Decadence des nahenden Greisenalters karrikirend in das Characterbild von Mann und Weib eingreift und die erworbenen Unterschiede wieder ein wenig verwischt.

Gerade die Anomalien der geschlechtlichen Entwicklung zeigen aber, wie sehr die specifischen Züge des Characters von ihr abhängen. Der Infantile ist nach Intelligenz und Gefühle kindisch, der Effeminirte weibisch; der homosexuale Mann ist bigott, eitel, launenhaft, theatralisch, er putzt sich im Geheimen wie ein Weib, und stickt oder häkelt mit Passion, er ist Kenner in allen Fragen weiblicher Toilette; und alle Beobachter, die Zwitter auf ihr psychisches Leben hin untersucht haben, geben an, dass der Zwitter mit männlicher Keimdrüse und weiblichen secundären oder tertiären Merkmalen weibische Manieren und Neigungen hat, auch wenn er als Knabe erzogen wurde, und das Umgekehrte gilt vom weiblichen Zwitter. Die Natur hat in einer grossen Reihe von Experimenten bald die primären, bald die secundären Merkmale, bald wieder beide im verschiedensten Grade variiren lassen, und jeder Abweichung des Baues und der Function entspricht ein gewisses Maass von Abweichung des geistigen Lebens in gleichem Sinne*).

So erkennen wir, dass die geistigen Unterschiede zwischen Mann und Weib direct abhängen von den Geschlechtsmerkmalen; Ellis hat in seiner bewundernswerthen Darstellung der gesammten Geschlechtsunterschiede darauf hingewiesen, dass die Verschiedenheiten in den Beziehungen der einzelnen Hirntheile zu einander gleichfalls zu den tertiären Merkmalen gehören.

Man trifft nicht selten bei den Verfechterinnen der heutigen Frauenbewegung die Ueberzeugung, dass das Weib des Mannes nicht bedarf und alle Kulturaufgaben auch ohne seine Hilfe lösen kann; damit verbindet sich oft genug eine Abneigung gegen das ganze männliche Geschlecht, die sich manchmal, ganz consequent, steigert bis zu dem bewussten Streben, erotische Anregung und Befriedigung beim Weibe, nicht beim Manne zu suchen. Es ist das eine sehr gefährliche Seite dieser Bewegung, denn es können junge, geschlechtlich noch nicht differenzirte Mädchen unter solchen Einflüssen unheilbare geschlechtliche Perversitäten erwerben.

---

*) Dass in gewissen Fällen, zumal bei Homosexuellen, das Primäre nicht grob anatomische, sondern elementare Abweichungen der Keimdrüsen sind, ist aus vielen Gründen wahrscheinlich.

Gewiss stehen wir noch am Anfange einer genauen Kenntniss der Beziehungen der körperlichen Geschlechtsunterschiede zu den seelischen. Einer der Wege, die zu einer Vertiefung unserer Erkenntniss führen werden, ist das gewissenhafte Studium der Zwitterbildungen in allen ihren Abstufungen. Dazu möchte ich hiermit anregen.

II. Original-Vereinsbericht.

Sitzungsbericht des psychiatrischen Vereins zu Berlin.

21. März 1896.

Vom Vorsitzenden **H. Laehr** wird mitgetheilt, dass die diesjährige Versammlung des Vereins deutscher Irrenärzte in Heidelberg 2 Tage vor der Naturforscherversammlung stattfinden wird. Discussionsthema ist die Wärterfrage. Von Vorträgen sind angemeldet: Kraepelin: Ueber Ziele und Wege der Psychiatrie; Nissl; Veränderungen der Nervenzellen durch Gifte; weiter wird über die Recidive der Psychosen und über Pupillensymptome in ihrer diagnostischen und prognostischen Bedeutung gesprochen werden.

165) In der Tagesordnung hält Herr **Neisser** einen ausführlichen und beachtenswerthen Vortrag über Paranoia und psychische Schwäche, der demnächst in extenso erscheinen wird und dem wir hier nicht im Einzelnen folgen können. Nach einer historischen Betrachtung der Anschauungen über die Paranoiagruppe, welche ein gutes Stück Dogmengeschichte ergebe, und nach Beschränkung auf diejenigen Fälle, deren klinisches Hauptcharacteristicum in einer durch den ganzen Krankheitsverlauf andauernden chronischen Wahnbildung besteht, wendet er sich gegen die Autoren, die das Vorhandensein des Schwachsinns bei der Paranoia betonen. Nachdem er Griesinger's und Koch's Ansichten besprochen, erörtert er die Lehren von Jastrowitz. Letzterer vertrete den Standpunkt, dass die Paranoia in einer bestimmten Form der Intelligenzschwäche ihren Ausgang nehme und selbst im früheren Stadium geringere oder stärkere Zeichen des Blödsinns aufweisen könne. Wer die Demenz bezweifle, der stelle sich doch einmal die Aufgabe, seine, abgesehen vom Wahn, geistesklaren chronischen Paranoiker herauszusuchen. In dieser Fassung luge die alte Anschauung von fixen Ideen durch. Vor Allem bekämpft Neisser die Ansicht Kräpelin's, für den die Thatsache, dass Wahnideen sich entwickeln und Macht über das Individuum gewinnen, an sich das Vorhandensein der Geistesschwäche beweist. Diese Ansicht sei empirisch und theoretisch unhaltbar. Am genauesten geht N. auf die von Hitzig in seiner Arbeit über den Querulantenwahnsinn geäusserten Argumente für das Bestehen von Schwachsinn bei der Paranoia ein, die nicht beweisend seien. Bei Besprechung des Fall F. (Nr. 1) urtheile H. von dem Standpunkt dessen, der alle wahnhaften Gedankengänge des Kranken kennt, was er selbst wohl nicht glauben könne, und der ausserdem die Verhältnisse und Personen so, wie ein Gesunder sieht. Weiter bestreitet N. die Behauptung, dass für die Paranoiker das Zeugniss der Sinne nicht existire. Gerade weil die eigenen Wahrnehmungen für diese Kranken unantastbar sind,

suchen sie nach Erklärungen dafür und bauen auf diese Weise ihren Wahn aus. Dass die Sinnestäuschungen einen Einfluss auf sie gewinnen, sei durch die Art und den Ort ihres Zustandekommens und nicht auf psychologischem Wege zu erklären. Das wichtigste Argument: der chronische progressive Verlauf, führe, wahrscheinlich auf Grund eines anatomischen Defects, zum terminalen Blödsinn — wird durch die klinische Thatsache entkräftet, dass man nach vielen Jahren bisweilen einen grösseren geistigen Besitzstand wieder auftauchen sehe. Der Ausgang der Paranoia sei oft, aber nicht immer ein psychischer Schwächezustand. Da aber ein solcher nach jeder lange dauernden Krankheit eintreten könne, so wäre man selbst in Fällen von terminalem Blödsinn nicht berechtigt, dadurch einen Schluss auf die destructive Tendenz der Paranoia zu ziehen. Diese bestehe möglicher Weise, sei aber bis jetzt nicht erwiesen. Neisser könne also nicht sagen, dass der Schwachsinn ein der Paranoia zukommendes Symptom sei. Uebrigens zeige Hitzig's anatomische Hypothese deutlicher als seine theoretisch klinischen Erörterungen, dass er das Wort Intelligenzdefect in besonderer Weise, nämlich nur für einen bestimmt umschriebenen Ausfall anwendet, was N. geeignet erscheint, Verwirrungen anzurichten.

Discussion. H. Jastrowitz hält es für ganz gut, dass die Meinungen aufeinanderplatzen und nicht, wie bei der letzten Discussion über die Paranoia neben einander hergehen. Er bleibe bei seiner Ansicht, dass ein Intelligenzdefect bei derselben bestehe und ein ganz eigenthümlicher sei. Die angegriffenen Ausführungen Hitzig's in Fall F. finde er gerade recht zutreffend. Ueberhaupt glaube er, dass sich diese Angelegenheit nicht in einer Debatte erledigen lasse und habe selber beschlossen, die Frage gelegentlich auch zu bearbeiten.

H. Köppen: Wenn er in einen Widerspruch mit den Vortragenden trete, so werde es sich um eine verschiedene Auffassung von Worten handeln, die ja so oft auf Irrwege führt. Bei dem Ausdruck Schwachsinn denken wir doch, dass von ziemlich hochgradigen Intelligenzstörungen die Rede ist, wie etwa beim angeborenen Schwachsinn. Es giebt entschieden einen Theil der Paranoiker, die früher schwachsinnig gewesen sind, ehe sie paranoisch wurden. Er denke dabei nicht bloss an solche Fälle, die von Anderen als paranoide Formen bezeichnet worden sind. Bei den übrigen ist es ein Streit um Worte: Sind sie schwachsinnig oder sind sie es nicht. Denn vollsinnig sind sämmliche Paranoiker nicht. Wenn er in jeder Beziehung die Anforderungen an einen Paranoiker wie an einen Normalen stellt, in Bezug auf Beruf, Familienverkehr, sociale Stellung, dann würde er ja doch versagen. Was beweist das? Es ist eben ein Intelligenzdefect vorhanden, der vielleicht zu hart mit Schwachsinn ausgedrückt ist. Alle Paranoiker können gut arbeiten, so lange sie in der Anstalt sind. Herausgelassen, kommen sie bald wieder; sie sind unfähig. Also rein klinisch betrachtet sind ja doch alle Paranoiker defect und auch namentlich schon im Beginn ihrer Krankheit. Wenn man sich nun überlegt, wie die Wahnidee zu Stande kommt, so sind nur zwei Möglichkeiten vorhanden. Man nimmt an, dass in der Idee etwas liegt, was ihre Ausbreitung begünstigt, oder dass der Boden, auf dem die Idee erwachsen ist, nicht mehr widerstandsfähig ist gegen die Idee. Er neige zu der Ansicht, dass das letztere

eine grosse Rolle spielt, namentlich in den Anfangsstadien der Paranoia. Die Krankheit beginnt in einem Zustand der geistigen Prostration. Durch Schlaflosigkeit, Kummer, Sorgen sei häufig die Widerstandsfähigkeit erschüttert. Es ist auch ein früh beginnendes Darniederliegen der Intelligenz. Dies tritt, wie er zugebe, später wieder häufig zurück. Im weiteren Verlaufe erfolgen aber von Neuem solche Prostrationszustände, und so bleiben die Wahnideen bestehen und werden nicht mehr corrigirt. Also einmal sind eine grosse Zahl thatsächlich Schwachsinnige und zweitens ist die Intelligenz bei der Paranoia keine vollsinnige und namentlich im Beginn bestehen vorübergehende Zustände von Prostration. Er gebe zu, dass die Hitzig'sche Argumentation nicht ganz schlagend ist, weil er nicht alles berücksichtigt, was der Paranoiker denkt, aber das möchte er hervorheben, dass einzelne Schlüsse eines solchen doch sofort den Character des Schwachsinnes an sich tragen. Wenn z. B. ein Paranoiker — er führe hier einen heute erst erlebten Fall an — aus einem Localanzeiger eine Annonce auf sich bezieht und erzählt, dass darin von P. S. die Rede war, und es stellt sich heraus, dass gar nicht P. S., sondern irgend andere Buchstaben dastanden, so müsse er doch sagen, er ist schwachsinnig. Es ist eben einfach eine vorübergehende Gedächtnissschwäche.

H. Falkenberg. Neisser und Köppen sind darin einig, dass Paranoia auf dem Boden von Geistesschwäche entstehen kann. Aber aus dem Versagen eines Paranoikers, wenn er aus der Anstalt kommt, auf einen Intelligenzdefect zu schliessen, scheint mir nicht nothwendig. Ob das nicht wiederum auf ganz bestimmten Wahnvorstellungen beruht, wissen wir nicht. Vielleicht ist die Sache noch von einem anderen Gesichtspunkt aufzufassen. Neisser hat sich mehr mit der kritischen und negativen Seite befasst und das Positive nur angedeutet. Er zieht eine Arbeit von Sandberg heran und diese giebt den Hinweis, wie das Entstehen der Paranoia ohne Geistesschwäche zu denken ist. Richtig und hauptsächlich ist zu erforschen, wie die allererste Wahnidee entsteht. Nun ist eine Wahnidee kurz gesprochen ein Urtheil, das auf einer Association von anderen Vorstellungen beruht.

Wir pflegen ein Urtheil richtig zu erachten, wenn Vorstellungen auf gesetzmässige Weise durch Associationen verbunden sind. Gerade die gesetzmässige Association bezeichnen wir als wesentliches Zeichen der Kritik. Ein Urtheil kann dadurch falsch werden, dass diese gesetzmässige Associationsthätigkeit leidet, ein ander Mal dadurch, dass sie richtig erfolgt, aber dass die Elemente verändert sind. Es wäre also denkbar, dass es bei den Paranoikern eine gesetzmässige Associationsthätigkeit gäbe, die mit pathologischen Elementen arbeitet. Das führt nun Sandberg aus. Die Vorstellungen der Kranken sind auf veränderte Wahrnehmungen zurückzuführen. Wenn wir die Auffassung Sandberg's mit den Anschauungen von Friedmann zusammenhalten, dass jede betonte Vorstellung an und für sich die Tendenz hat, für wahr gehalten zu werden, so glaube ich, ist es möglich, eine Pathogenese zu bekommen, bei der eine geistige Schwäche zur Erklärung nicht nothwendig sein dürfte.

Moeli möchte sich Falkenberg darin anschliessen, dass man die Frage, ob eine Geistesschwäche bei der Paranoia vorliegt, nicht daran entscheiden kann, dass man die Geistesschwäche findet. Es frage

sich, ob man überhaupt den Ausdruck Schwäche vollständig klar genug hier anwendet; er halte das für eine zu entscheidende Vorfrage. Wenn H. Neisser meint, das kann keine Geistesschwäche sein, wo eine Masse von Ueberlegung und Arbeit geleistet ist, würde man sich fragen, ist das eine wirkliche Leistung, insofern, als sie für den Organismus zweckmässig ist, oder ist das nicht eine pathologische Kraftentfaltung, die wir nicht mit den normalen Lebensvorgängen ohne weiteres auf eine und dieselbe Stufe stellen können. Das Abweichen der Paranoiker in ihrem Denken kann bedingt sein durch Störung der Elemente, wie durch Nachlass der Associationsthätigkeit. Bei Prüfung der Wahnvorstellungen wird man gut thun, die Frage nach dem Vorhandensein einer Geistesschwäche nicht darauf zuzuspitzen, dass man sagt, so und so viele Vorstellungen müssten das Entstehen der Wahnideen verhindern. In gewissem Maasse gelte das auch für die Sinnestäuschungen. Es wäre möglich, dass Geistesschwäche dabei im Spiel ist, aber auch das Gegentheil wäre möglich. Die Sinnestäuschungen haben doch schon ihre Entstehungsbedingungen im veränderten Bewusstsein. Das Verdienst Neisser's sei, auf die Nothwendigkeit einer Analyse der Wahnbildung hingewiesen zu haben, und dass man versuchen müsse, die wissenschaftliche Arbeit in diese Bahnen zu lenken. Aber andererseits ist das Positive, dass keine Schwäche in der Paranoia liege, aus Neisser's Ausführungen nicht sicher zu entnehmen. Dem steht die Thatsache gegenüber, dass eine grosse Zahl von Paranoikern schwachsinnig ist. Die Kranken vergessen zum Theil ihre Wahnvorstellungen, ja das ganze Wahnsystem kann in breiten Grenzen verloren gehen, so dass das Bild, welches sie später darbieten, nicht mehr dasselbe ist wie früher. Sie können nicht mehr, sie sind schwach geworden. Angesichts dieser Thatsachen glaube ich, muss man vorsichtig sein. Es wäre ja möglich, dass die Geistesschwäche bei der Paranoia in vielen Fällen ein aus derselben Quelle fliessendes Ding ist. Dass sie in vielen Fällen die Disposition bildet, ist ja bekannt und schon hervorgehoben. Dass sie aber sehr häufig mit der Paranoia in Zusammenhang vorkommt, möge nun die Combination die eine oder die andere sein, glaube ich, können wir nicht bestreiten; wir müssen uns an die grosse Zahl der Paranoiker halten, die stumpf geworden ist. Dabei gebe ich zu, dass es sehr angebracht ist, dem entgegenzutreten, dass man aus der Analyse der Wahnvorstellungen von ausserhalb her den Beweis der Geistesschwäche führen will.

In seinem Schlusswort hebt Neisser hervor, dass es gewiss sehr berechtigt sei, mit Herrn Moeli zu fragen, ob die geistige Arbeit, welche bei der Wahnbildung von dem Kranken geleistet werde, als eine positive zweckmässige erachtet werden könne. In seinem Vortrage habe er dieser positiven geistigen Thätigkeit nur gedacht im Zusammenhange mit der Kräpelin'schen Annahme, dass eine constitutionell bedingte Unfähigkeit zu kritischer Thätigkeit vorliege. Er habe sich heute im Wesentlichen darauf beschränkt, zu prüfen, ob die Argumente, aus welchen die verschiedenen Autoren den angeblichen Schwachsinn der Paranoiker herleiten, wirklich das beweisen, was sie beweisen sollen. Dies sei keineswegs ein blosser Streit um Worte. Wenn Herr Köppen nun geltend mache: Der Paranoiker versagte in seinen Leistungen zu Hause, in der Wirthschaft etc. und deshalb

sei er nicht vollsinnig, so wird ihm Niemand widersprechen, ebenso wenig wie wenn er behauptet hätte, der Paranoiker sei ein Kranker. Auch der Maniakus, der Melancholiker, überhaupt jeder Kranke sei in diesem Sinne nicht vollsinnig. Gegen eine solch' elementar richtige Auffassung habe Vortragender sich nicht gewendet. Der von ihm bekämpfte Standpunkt Kräpelin's sei aber ein ganz anderer als der von Köppen eingenommene. Man müsse auf alle Fälle auseinanderhalten Schwachsinn als eine Gesammtleistungsunfähigkeit, wofür der angeborene Schwachsinn als Paradigma gelten könne, von dem durch eine Krankheit in bestimmter Weise gesetzten Defect. Wenn Herr Moeli die Symptome der Paranoia als Defectsymptome ansprechen wolle (etwa wie Herr Hitzig), so habe er in seinem Vortrage einer solchen Auffassung im Allgemeinen in keiner Weise widersprochen; den Defect nachzuweisen, das ist dann nach seiner Ansicht die klinische Aufgabe. Max Edel (Dalldorf.)

III. Bibliographie.

XL) **Carl Max Giessler** (Erfurt): Wegweiser zu einer Psychologie des Geruches.

(Hamburg und Leipzig, Verlag von Leopold Voss, 1894.)

Der Verfasser hat eine Eintheilung der Gerüche vom subjectiven Standpunkt aus versucht. Er hat verschiedene Geruchsklassen von einander abgegrenzt nach der verschiedenen Art der Reaction des Organismus auf Geruchseindrücke, nach den Organcomplexen, auf welche die einzelnen Gerüche einwirken und nach der verschiedenen geistigen Reaction.

Es hat sich nun ergeben, dass eine grosse Anzahl von Gerüchen vorherrschend physische Reaction bewirken, während die psychischen Begleiterscheinungen hierbei in den Hintergrund treten: so rufen Kohlensäure und Ammoniak Niesen, Meerrettig und Zwiebeln Weinen, Schwefeldampf Husten, Schwefelwasserstoff Würgen hervor.

Andere Gerüche beeinflussen die vegetativen Organcomplexe und erregen zugleich, sogar in überwiegender Weise die psychischen Functionen. Wirkt ein hierhergehöriger Geruch günstig auf das Athmungs- und das Gefässsystem, so belebt er das Bewusstsein; hierbei entstehen idealisirende Tendenzen in der Seele des Empfindenden. Unterabtheilungen dieser idealisirenden Gerüche sind die ästhesirenden und ethisirenden Wohlgerüche von Blumen und Parfüms, gewisse Harze, Aether, Oele, Balsame und die logisirenden Düfte des Tabaks, des Kaffees und der sauerstoffreichen Luft. Wirkt ein Geruch ungünstig auf die Athmung ein, sucht er das Bewusstsein zu schädigen, so werden disidealisirende Tendenzen entfesselt, so handelt es sich um disidealisirende Gerüche. — Gerüche, die das Verdauungssystem beeinflussen, wie die Gerüche von Speisen und Getränken, werden gastrale Gerüche, Gerüche, die das Fortpflanzungssystem erregen, werden erotische Gerüche genannt.

Bei einer dritten Art von Gerüchen endlich werden die vegetativen Organcomplexe nicht, wohl aber das Muskel-, das Nervensystem

und die Psyche in Erregung versetzt; wird eine Geruchsempfindung in erster Linie auf den Träger des Geruchs zurückbezogen, ist der bemerkbare Erfolg des Geruchs eine identificirende Thätigkeit des Geistes, so nennt Giessler den Geruch einen identificirenden, wirkt der Geruch vereinigend bei dem Zusammenschliessen von Individuen derselben Familie oder desselben Thierstaates, so registrirt er ihn als socialisirenden.

Gerüche, die als ungetheiltes Ganzes wirken, unterscheiden sich als Urgerüche von den Combinationsgerüchen, die gleichzeitig verschiedene Wirkungen äussern. Sind die verschiedenen Wirkungen in derselben Richtung entweder fördernd (attrahirende G.) oder hemmend (repellirende G.), so handelt es sich um Summationsgerüche, sind die Wirkungen entgegengesetzt (attrahirend und repellirend), so handelt es sich um Contrastgerüche u. s. w.

In interessanter Weise geht der Verf. auf die psychischen Wirkungen der einzelnen Geruchsarten ein und verarbeitet geschickt eine Anzahl einschlägiger Beobachtungen an Thieren; ein Kapitel ist den Einwirkungen der Gerüche auf das Seelenleben der Hunde gewidmet. Zum Schluss wird sogar eine Geruchsskala entworfen; als Norm dient hierbei freilich nur ein recht unmessbares Moment, nämlich die Werthschätzung, die die Gebildeten den einzelnen Geruchsklassen angedeihen lassen.

Der Verf. ist sich der grossen Schwierigkeiten, die sich der Schöpfung einer Psychologie des Geruchs entgegenstellen, wohl bewusst. Er bezeichnet sein Buch auch nur als einen Wegweiser zu dieser Zukunftswissenschaft.

Georg Ilberg (Sonnenstein).

XLI) **C. Lloyd Tuckey:** Psychotherapie oder Behandlung mittelst Hypnotismus und Suggestion. Aus dem Englischen von Dr. Tatzel. (Heuser's Verlag 1895.)

Das Buch L. T.'s reiht sich den besten Publicationen über Hypnotismus und Suggestionstherapie an. In dem ersten Theile desselben, der „Allgemeines" betitelt ist, werden in 9 Kapiteln der Einfluss psychischer Vorgänge auf die körperlichen Functionen, die Beziehungen der Hypnose zum natürlichen Schlafe, die Liébault'sche Behandlungsmethode, die Grade der Hypnose und die Charcot'sche Lehre von den 3 Phasen des Hypnotismus, die Wirkungen der Suggestion, die Versuche verschiedener Autoren, den hypnotischen Zustand zu erklären, die Methodik der Suggestivbehandlung und deren Erfolge bei verschiedenen Krankheitszuständen und die Hemmungsvorgänge im Nervensystem besprochen; den Schluss bildet eine Theorie über das Wesen der Hypnose, welche auf der Brown-Séquard'schen Lehre von dem Parallelismus von Hemmung und Dynamogenie fusst. „Welche Theorie wir auch immer über das Wesen der Hypnose aufstellen mögen — und es giebt hierüber fast ebenso viele Theorien wie Theoretiker — schliesslich kommen wir immer wieder darauf zurück, dass ihre Erscheinungen psychischen Ursprungs sind und dass sie auf Hemmung und Kraftentwicklung einzelner Centren beruhen und auf Dissociation solcher, die gewöhnlich in Association functioniren."

Der zweite Theil, „Casuistisches", umfasst eine Reihe von Krankengeschichten.

Der Standpunkt, welchen L. T. einnimmt, ist zwar im Grossen und Ganzen der der Nancyer Schule, doch bekundet er in vielen Fragen eine entschiedene Selbstständigkeit der Auffassung. So bemerkt L. T., dass Bernheim die Verwandtschaft zwischen dem natürlichen und dem hypnotischen Schlaf etwas übertrieben habe und trotz aller Aehnlichkeit zwischen den beiden Zuständen der hypnotische Schlaf etwas ganz anderes als der alltägliche, gewöhnliche Schlaf sei. Liébault und seinen Schülern gegenüber, welche es für therapeutische Zwecke für nützlich halten, den Patienten möglichst tief zu hypnotisiren, also wenn thunlich denselben in Somnambulismus zu versetzen, bemerkt er: „Der Somnambulismus ist durchaus keine wesentliche Erscheinung beim Hypnotismus und, so interessant auch seine Formen vom psychologischen und pathologischen Standpunkte aus sein mögen, mit der Suggestionstherapie haben dieselben nicht mehr zu thun als die Vergiftungserscheinungen einzelner Medicamente mit der gewöhnlichen medicinischen Praxis.“ Er erwähnt auch, dass die Zahl der Somnambulen in Nancy ungleich grösser ist als in England und er selbst unter 500 Patienten nur 50 fand. Bemerkenswerth ist der Gegensatz, in welchem die Ansicht L. T.'s über das Vorkommen des Somnambulismus zu der von O. Vogt vor Kurzem (in Forel's „der Hypnotismus“, 4. Auflage) geäusserten steht. Letzterer Beobachter fand unter 119 Personen 97 Somnambule und glaubt auf Grund seiner Erfahrungen behaupten zu können, dass bei jedem geistig gesunden Menschen Somnambulismus erzielt werden kann, eine Behauptung, welche Referent schon bei Besprechung des Forel'schen Buches als zu weit gehend bezeichnet hat. L. T. bestreitet zwar nicht das Vorkommen des künstlichen (hypnotischen) Somnambulismus bei gesunden, resp. nicht neurotischen Individuen, doch glaubt er, dass dieser hypnotische Zustand gewöhnlich mit hysterischen Schwächezuständen, nervösen Affectionen oder mit einer durch schwächende Krankheiten zerrütteten Constitution vereinigt ist.

In seinem Urtheil über die Verwerthbarkeit und die Erfolge der hypnotischen Behandlung bei einzelnen Krankheitszuständen zeigt sich L. T. zumeist als streng objectiver, von Ueberschwänglichkeit ebensowohl als von ungerechtfertigtem Skepticismus freier Beobachter. Ganz besonders bekundet sich die Nüchternheit seiner Ansichten bei der Besprechung der Behandlung der Trunksucht, mit welcher er sich eingehend beschäftigt. Er ist keineswegs mit der jetzigen übermässigen Anpreisung des Hypnotismus als eines unfehlbaren Mittels gegen Trunksucht einverstanden. „Ich bin“, erklärt L. T., „von dem Nutzen der hypnotischen Suggestion für die Unterstützung der moralischen Besserung vollkommen überzeugt, und es kommt eine Zeit, wo man dieselbe in allen Trinkerasylen und anderen Besserungsanstalten anwenden wird; aber ihre Macht hat auch gewisse Grenzen und ich weiss, dass die kritiklose Anwendung derselben die Kranken nur enttäuschen und die Methode discreditiren kann“.

„Wenn wir uns klar machen, dass Hypnotisiren nichts anderes ist, als eine nachhaltige Verstärkung des Einflusses, den die Suggestion auf die körperlichen Functionen und auf das Gemüthsleben ausübt, so werden wir einsehen, dass seine Heilwirkung nothwendig durch pathologische und andere

Zustände beschränkt sein muss und dass es thöricht wäre, zu verlangen, dass die Hypnose allein Wunderkuren thun soll."

L. T. hat in den letzten Jahren etwa 40 Personen wegen Trunksucht behandelt, hievon etwa die Hälfte mit Erfolg. Unter den Geheilten hatten 2 an wirklicher Trunksucht gelitten; beinahe in allen Fällen sah er theilweise und vorübergehende Besserung; in einem Falle dauerte die Enthaltsamkeit von Alcohol 8 Monate.

Wir können das Buch L. T.'s allen Denjenigen, welche sich für Hypnotismus und Suggestivtherapie interessiren, nur empfehlen, müssen aber dabei auch den Wunsch aussprechen, dass in späteren Auflagen einige Mängel, welche die Benützung des Buches erschweren, beseitigt werden möchten; es fehlt nicht nur ein Sachregister, sondern auch für den $^3|_4$ des Werks ausmachenden allgemeinen Theil ein Inhaltsverzeichniss; auch Kapitelüberschriften mangeln ganz und gar.

Der Titel „Psychotherapie" entspricht auch keineswegs dem Inhalte, da bekanntlich die Behandlung „mit Hypnotismus und Suggestion" nur einen Theil dessen bildet, was man unter Psychotherapie zu verstehen hat.

L. Löwenfeld.

XLII) **William Hirsch** (New-York): Was ist Suggestion und Hypnotismus? Eine psychologisch-klinische Studie.

(Berlin, S. Karger, 1896.)

XLIII) **William Hirsch**: Die menschliche Verantwortlichkeit und die moderne Suggestionslehre. Eine psychologisch-forensische Studie.

(Berlin, S. Karger, 1896.)

Die Litteratur der letzten Jahre über Hypnose und Suggestion weist manche treffliche und manche minderwerthige Arbeit auf; ein Seitenstück zu der ersten der beiden vorliegenden Schriften ist in derselben nicht zu finden. Was ein durch Sachkenntniss sehr wenig beschwerter Autor leisten kann, wenn er mit einer grossen Dosis Suffisance vollendete Spitzfindigkeit in der Beurtheilung fremder Aeusserungen verbindet, dieses Unbeschreibliche, in Hirsch's „psychologisch-klinischer Studie" ist es gethan. Die Ausführungen des Verfassers eingehend zu beleuchten, hierzu können wir natürlich den Raum des Centralblattes nicht in Anspruch nehmen; zur Characterisirung der Art seiner Logik und seiner Sachkenntniss wird das Folgende genügen.

In dem ersten Abschnitte der Schrift wird die Bernheim'sche Definition der Suggestion, die allerdings nicht einwandfrei ist, kritisirt und von dem Verfasser eine Definition der Suggestion gegeben, aus welcher er folgert, dass die suggerirten Vorstellungen identisch sind mit den Wahnvorstellungen Geisteskranker. Nur durch den klinischen Verlauf, ihren stabilen Character und ihre Unveränderlichkeit sollen sich die Wahnvorstellungen Verrückter von den suggerirten Vorstellungen unterscheiden, welche einen labilen Character besitzen. Nach H. bringen wir also den Kranken Wahnvorstellungen bei, wenn wir z. B. einer Hysterischen mit einer Monoplegie Bewegungsfähigkeit des betreffenden Gliedes, wenn wir einem Agoraphoben die Fähigkeit, Plätze zu überschreiten, einem Säufer Enthaltsamkeit suggeriren. Gelingt es uns, diesen Vorstellungen einen stabilen Character zu verleihen,

wie es öfters der Fall ist, z. B. bei dem Säufer andauernde Enthaltsamkeit durch unsere Suggestion herbeizuführen, so haben wir dem Armen einen Wahn beigebracht. der sich von dem Grössen- oder Verfolgungswahn Paranoischer in nichts unterscheidet.

In dem Abschnitte „Suggestionstherapie“ begegnen wir einer ähnlichen Leistung H.'schen Scharfsinns. H. will es nicht als Suggestionstherapie gelten lassen, wenn wir auf Vorstellungen beruhende Nervenschmerzen oder Lähmungszustände durch Einwirkung auf die krankhaften Vorstellungen beseitigen. „Hier handelt es sich um die Beseitigung suggerirter Vorstellungen und suggestibler Zustände, dort (bei der Suggestionstherapie) hingegen um die Erzeugung derselben. Und dies soll durchaus kein leeres Spiel mit Worten sein, als ob wir bei einem Kranken die Vorstellung des Gelähmtseins auf anderem Wege beseitigen könnten als dadurch, dass wir bei demselben die Gegenvorstellung des Nichtgelähmtseins, des Bewegenkönnens möglichst lebhaft und nachhaltig hervorrufen.“

Die Sachkenntniss des Autors dürfte folgende Stelle treffend beleuchten: „Wir können wohl annehmen, dass es sich bei der Hysterie um eine Erkrankung der Vorstellungen, also bei der Hysteroepilepsie um klinische Krämpfe auf dem psychomotorischen Gebiete handelt, während die causalen Bedingungen der gemeinen Epilepsie mehr centralwärts gelegen sind“. (Seite 26.) Dem gegenüber kann es nicht befremden, wenn der Autor schliesslich zu den Behauptungen sich versteigt, dass es einen hypnotischen Zustand als solchen überhaupt nicht giebt, das Wort „Hypnotismus“ lediglich eine Rumpelkammer der Wissenschaft ist, in die alle möglichen und unmöglichen Dinge hineingeworfen werden und mit der Bezeichnung „hypnotische Suggestion“ kein Sinn sich verbinden lässt.

Wenn der Verfasser sich die Idee suggerirt haben sollte, dass seine Deductionen an der Auffassung der Fachmänner in Sachen der Hypnose und Suggestion ein Jota ändern, ja in diesen Kreisen mehr als ein Lächeln des Bedauerns hervorrufen würden, so dürfte für diese Autosuggestion seine Auffassung zutreffen: dieselbe wäre eine Wahnvorstellung.

Während wir die erste der beiden angeführten Arbeiten kaum ernst nehmen können, müssen wir der zweiten wenigstens eine verdienstliche Tendenz zuerkennen. Verfasser wendet sich in dieser gegen die nach seiner Meinung von der modernen Schule der Suggestion und des Hypnotismus aufgestellte (in Wirklichkeit jedoch nicht von allen Vertretern dieser Schule anerkannte) Lehre, dass geistig gesunde Menschen durch Suggestion ihres freien Willens überhaupt beraubt und daher auch ehrbare Personen unter Umständen in Diebe, Fälscher und Mörder verwandelt werden können. Um die Irrthümlichkeit dieser Lehre darzuthun, unterzieht er eine Anzahl von Fällen, welche als Beweise für dieselbe betrachtet wurden, einer eingehenden Kritik (den Fall der Gabriele Fenayron, welchen Bernheim in seinem Buche „Neue Studien über Hypnotismus“ anführt, den Fall der Gabriele Bompard, den aus dem Processe Czynski bekannten Fall der Freiin von Zedlitz und endlich den von Preyer mitgetheilten Fall der Frau von Porta). Die Analyse des Verhaltens der erwähnten Personen führt den Verfasser zu dem Schlusse, dass es sich durchwegs um psychopathische, meist hysterische und schwachsinnige Individuen handelt. Diese Auffassung dürfte im Wesent-

lichen berechtigt sein. Man wird dem Verfasser auch — allerdings nur mit einer gewissen Einschränkung — beipflichten können, wenn er die Behauptung, dass man durch hypnotische Suggestion geistig gesunde Menschen in Diebe und Mörder verwandeln könne, für der Begründung entbehrend erklärt, mit der Einschränkung nämlich, dass es sich um geistig gesunde Menschen ohne entsprechende verbrecherische Inclinationen handelt. Wenn H. jedoch glaubt, hiermit etwas Neues gesagt zu haben, so irrt er sich; diese Anschauung ist bereits von Delbœuf und zwar auf Grund einer Reihe von sehr interessanten experimentellen Beobachtungen mit Entschiedenheit verfochten worden. Ebenso irrt er sich, wenn er glaubt, in dem Verhalten der angeführten Personen eine Stütze für seine Ansicht erblicken zu dürfen, dass sämmtliche Erscheinungen des Hypnotismus mehr oder weniger als Krankheitssymptome aufzufassen seien. L. Löwenfeld.

XLIV) **William Hirsch** (New-York): Betrachtungen über die Jungfrau von Orleans vom Standpunkte der Irrenheilkunde.

(Berlin W. Verlag von Oscar Coblentz, 1895.)

Der Verfasser giebt eine kurze Lebensgeschichte der Jungfrau von Orleans auf Grund der über sie geführten Processacten. Nach dem Process von 1431 wurde Jeanne d'Arc bekanntlich wegen Hexenkunst und Teufelsspuk in Rouen verbrannt; der 1455 eingeleitete Rehabilitationsprocess erklärte sie frei von allem Schimpf und jedem Flecken. Hirsch schliesst sich auf Grund dieser im Original erhaltenen und 1841 von Quicherat veröffentlichten Quellen denjenigen an, die annehmen, Johanna habe von früher Jugend an religiöse Wahnideen gehabt und sei später von Sinnestäuschungen heimgesucht worden, von deren Realität sie fest überzeugt war; sie habe Alles, was sie vollbracht hat, auf Befehl von Stimmen gethan, sie habe zu der Zeit, da sie Frankreich befreite und den Dauphin zur Krönung nach Rheims führte, an systematisirtem Grössenwahn gelitten und sei der freien Willensbestimmung beraubt gewesen.

Es ist ja einfach unmöglich, jetzt nach 4½ Jahrhunderten mit Sicherheit zu entscheiden, ob Johanna geisteskrank war oder nicht. Auch der Umstand, dass die Acten über die Processe noch vorhanden sind, vermindert die Schwierigkeit einer so späten Beurtheilung nicht, die noch dadurch erhöht wird, dass doch zweifellos beide Untersuchungen tendenziös geführt worden sind; die Protocolle des ersten Processes können ja nur die Beschränktheit, den Aberglauben, den Fanatismus und die Feigheit der Richter wiederspiegeln; die Niederschriften über den Rehabilitationprocess liegen zeitlich um so vieles hinter den Ereignissen, dass die historische Treue gelitten haben muss. Zudem sind selbstverständlich doch in beiden Verhandlungen psychiatrische Gesichtspunkte gar nicht berücksichtigt worden.

In einem meisterhaften Vortrage über die Jungfrau (Studien, Erlangen 1870, Seite 89 ff.) hat Hagen schon im Jahre 1864 glänzend auseinandergesetzt, dass das, was für die Existenz einer Geisteskrankheit bei Jeanne d'Arc angeführt wird, eine derartige Krankheit nicht beweist, theils wer das betreffende Symptom ohne Geisteskrankheit vorhanden sein kann, theils weil es sich bei der Jungfrau in ganz anderer Weise vorfindet und genetisch anders zu erklären ist. Und ausserdem hat derselbe Altmeister der

Psychiatrie nachgewiesen, dass die Charactereigenschaften und Handlungen Johanna's Züge darbieten, die mit dem Krankheitsbilde der Paranoia in Widerspruch stehen. — Es muss besonders frappiren, dass gerade W. Hirsch das Geniale des tapferen Mädchens nicht erfasst hat. Gerade er, der ein so schönes Buch über das Genie geschrieben hat, dürfte auf das Symptom der Illusionen und Hallucinationen hin noch keine Psychose diagnosticiren. Zudem handelt es sich doch um Sinnestäuschungen, die vor Jahrhunderten wahrgenommen worden sein sollen, also zu einer Zeit, wo Alle (Richter, Angeklagte und Protocollanten) noch fest an Wunder, Engel, Teufel und directe göttliche Beeinflussung glaubten. Es ist ebenso unverständlich, warum Hirsch den Contrast, den die ritterlichen Thaten Johanna's im Vergleich zu Handlungen anderer Mädchen von gleicher Herkunft bilden, so beweiskräftig für die Diagnose der Verrücktheit findet; wenn eben die Jungfrau die Anderen geistig nicht so thurmhoch überragt, wenn sie nicht durch Erscheinung, Wort und That imponirt hätte, hätte sie sich nicht an die Spitze ihres Volkes gestellt, konnte sie die Massen nicht so mit sich fortreissen. Johanna muss offenbar ein Mädchen von höherer Begabung, von scharfem Sinn und klarem Urtheil gewesen sein Zielbewusst verfolgte sie ihren Plan, ihr Vaterland von den Engländern zu befreien. Die Noth der Nation konnte sie nicht mehr ertragen, nicht ihren Vortheil hatte sie im Auge. Eine innere Gewalt drängte sie unaufhörlich zu kämpfen, bis ihrem König geholfen sei. In derselben Begeisterung, die den wahren Künstler zum Dichten, zum Malen, die den echten Gelehrten zum Forschen drängt und treibt, concentrirte sie ihr Denken und Handeln auf den einen Zweck, den Thron zu stützen und das Vaterland vom Feinde zu befreien. Fest und heldenmüthig bestand sie alle Foltern und Inquirirungen. Kindlich, fromm und rein ist sie bis zum entsetzlichen Märtyrertod geblieben. Sehr richtig bemerkt Hagen, dass das alles doch wahrhaftig nicht die Eigenthümlichkeiten einer Verrückten sind. Verrückte können vielleicht noch über Dinge des gewöhnlichen Lebens verständig urtheilen; so hohe Fähigkeiten, so edle Tugenden, so kräftige Willensbethätigung, so schaffende Kraft geben ihnen aber ab. Es ist engherzig und philiströs, Jeanne d'Arc als verrückt zu bezeichnen, namentlich mit so schlecht gestützten Gründen! Oberflächlich, pietät- und geschmacklos ist der Zug der Zeit, das unvollständige Material, das über historische Persönlichkeiten vorliegt, zu psychiatrischer Kritik zu verwenden!

Frankreich hat allen Grund, eine Erretterin, wie sie in der Weltgeschichte einzig dasteht, noch heute als Nationalheldin zu feiern. Wenn die katholische Kirche das Mädchen, das 60 Beisitzer eines geistlichen Tribunals im Jahre 1431 verdammten, jetzt zur Heiligen weiht, so sucht sie in anerkennenswerther Weise die schwarze Sünde zu vertilgen, an der ihre Priester dereinst Theil genommen haben.

Georg Ilberg (Sonnenstein).

XLV) **A. Smith**: Die Alcoholfrage und ihre Bedeutung für Volkswohl und Volksgesundheit. Eine social-medicinische Studie für Aerzte und gebidete Laien.

(Tübingen, Osiander's Verlag, 1895.)

Der immer stärker ansteigende Verbrauch der alcoholischen Getränke in den letzten Jahrzehnten hat auch den entsprechenden Gegenbewegungen, besonders der Richtung der Totalabstinenz Nachdruck verliehen. Auch Smith's „Alcoholfrage“ geht von diesem Gesichtspunkt aus. Das Buch enthält eine Reihe von Aufsätzen von theils physiologisch-klinisch-hygienischem theils volkswirthschaftlich-gesellschaftlichem Interesse.

Im medicinischen Abschnitt wird zunächst die Art der Wirkungsweise des Alcohols erörtert und die Ansicht widerlegt, dass er für den Organismus irgend welchen Werth als Ernährungs- oder Wärmebildungsmittel besitze, sowie die unmittelbaren ungünstigen Folgen des Alcoholgenusses besprochen. Der deteriorisirende Einfluss auf die psychischen Vorgänge wird besonders an der Hand der Kräpelin'schen Versuche verfolgt. Hieran schliesst sich ein Kapitel über die chronische Vergiftung und im Zusammenhange damit eine instructive Darstellung verschiedener Formen von Alcoholintoleranz. Unter „Mortalität und Morbidität“ giebt dann der Verfasser unter Anderem eine Reihe Statistiken, aus denen die unverhältnissmässig günstige Sterblichkeitsziffer besonders der Abstinenten hervorgeht, und einen Ueberblick über die degenerativen Aeusserungen des elterlichen Alcoholismus in der Progenitur.

Im speciell therapeutischen Theil verwirft Smith die Behandlung des Delirium tremens mit Alcohol, resp. die prophylactische Darreichung des Alcohols bei drohendem Delir oder bei Ausbruch acuter Krankheiten beim Potator. Die besten Erfolge und der günstigste Verlauf werde erzielt durch sofortige Entziehung alles Alcohols und Anstrebung möglichst kräftiger Ernährung. Die Behandlung chronischer Alcoholisten in offenen Anstalten sei nur dann erspriesslich, wenn der Kranke zur Einsicht komme, dass er zeitlebens vollkommene Abstinenz einhalten müsse, da der wieder aufgenommene „mässige“ Alcoholgenuss fast immer ein Recidiv erzeuge. Fehlt nach einer gewissen Zeit der Kur diese Ueberzeugung, so handelt es sich gewöhnlich um secundären Alcoholismus auf der Basis primären Schwachsinns.

Zur allgemeinen Prophylaxe des Alcoholismus meint Smith, dass es unumgänglich nöthig sei, zunächst den Alcohol aus der Heilkunde auszuschliessen, resp. ihn darin durch andere Medicamente zu ersetzen. Ferner sei das Verbot der Branntweinbrennerei und der Einfuhr zu Consumzwecken durchzusetzen, die Ausbreitung der antialcoholistischen Bewegung duch ihre Vereine und die weitere Organisation solcher, so weit sie die vollkommene Abstinenz vertreten, zu fördern. Es wird eingeräumt, dass eine so eingreifende Aenderung unserer socialen Verhältnisse, wie sie die vollkommene Ausschaltung des Alcohols hervorrufen würde, eine grosse Umwälzung auf industriellem Gebiete zur Folge haben müsste, zugleich wird aber auf den analogen Umschwung durch die zudem viel raschere Entwicklung des Eisenbahnwesens hingewiesen. Letzterer Vergleich ist deswegen nicht ganz stichhaltig, weil es sich hier um die Schaffung neuer, nicht um die

Unterdrückung alter Industriezweige handelte. In volkswirthschaftlicher Beziehung wird weiterhin die „negative" Production der für alcoholische Zwecke bestimmten Länderstrecken, das grosse Elend der Proletarier, der erwerbschmälernde Einfluss namentlich des Schnapsgenusses mit Recht beklagt. Auch die kriminalistische Seite der Frage, die Häufigkeit der unter Alcoholeinfluss begangenen Verbrechen und die vielfachen wechselseitigen Beziehungen zwischen Alcoholgenuss und Reat werden berücksichtigt.

Sehr verdienstlich ist der Angriff des Verfassers gegen die Trinksitten und gegen die souveräne Stellung des Alcohols in der Gesellschaft überhaupt, in welcher er als hervorragendes Bindemittel der gleichen und erhebliches Nivellirungsmoment der ungleichen Bevölkerungsschichten gegenwärtig unglücklicher Weise eine sehr bedeutende Rolle spielt. Da nun vorläufig keine grosse Hoffnung ist, dass die vorgeschlagenen tief greifenden Reformen bald zur Durchführung kommen, so ist dem Arzte in dieser Frage bis auf weiteres nichts anderes zu thun möglich, als durch eigenes Beispiel fortwährend zu beweisen, dass persönliche Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden der Einschränkung des Alcoholgenusses proportional zunehmen.

Jentsch.

XLVI) **Ladame:** Le nouvel asile des aliénés à Genève et les questions qui s'y rattachent. Histoire de la création de l'Asile de Bel-Air. (Genève 1895.)

Als in der Mitte der achtziger Jahre im Kanton Genf die vollständige Unzulänglichkeit der von 1838 stammenden Irrenanstalt Les Vernaies sich bemerklich machte und die Nothwendigkeit einer Neugründung zu Tage trat, ward staatlicherseits eine theilweise aus Aerzten bestehende Commission mit der Berathschlagung dieser Frage betraut.

Diese beschloss in erster Linie, das ihr für einen Neubau geeignet erscheinende Grundstück Bel-Air zum Ankauf vorzuschlagen.

Ladame erhob hiergegen Einspruch. Auf Griesinger's Ansichten fussend wies er auf die heutigen Tages nöthige Theilung der psychiatrischen Aufgaben hin, wie sowohl der gegenwärtige Stand der Behandlung der Geisteskranken, als auch die wissenschaftliche Seite der Frage und die Verwaltungsschwierigkeiten es jetzt nicht mehr erlaubten, auf psychiatrische Neuschöpfungen das alte Schema der verflossenen Jahrzehnte anzuwenden, selbst wenn man sich bei der Ausführung an irgend eines der neuen „Systeme" hielte. Er verwarf desshalb den Ankauf des in Aussicht genommenen Terrains und schlug dafür die Errichtung zweier getrennter Anstalten vor, einer städtischen, für die Behandlung der rascher verlaufenden Fälle bestimmten psychiatrischen Klinik und einer ländlichen wesentlich als Ackerbaucolonie gedachten Entlastungs- und Pflegeanstalt, namentlich für die chronischen Kranken.

Mit diesen neuzeitlichen Forderungen stiess Ladame jedoch auf sehr heftigen Widerspruch. So geschah es, dass 1892 in der definitiven Beschlussfassung die ursprüngliche Resolution mit 14 gegen 3 Stimmen angenommen wurde. Geltend gemacht wurde von der anderen Seite besonders, dass zwei Anstalten für den Genfer Kanton überflüssig und zu kostspielig seien. Der Einwurf Ladame's, sein Vorschlag sei im Gegentheil öconomischer, da die ländlichen Ackerbau-Anstalten besonders wegen der

eigenen Production weit geringere Kosten verursachten, wurde nicht weiter beachtet.

In der vorliegenden Schrift fasst der Autor noch einmal ausführlich alle jene Momente zusammen, welche ihn veranlassten, das erwähnte Project in der beschriebenen Gestaltung in ganzer Ausdehnung zu bekämpfen. In gemeinverständlicher Schilderung werden die modernen Fortschritte der Irrenheilkunde dargestellt, die Nothwendigkeit der Arbeitstheilung auch auf psychiatrischem Gebiete im Interesse der Patienten, ihrer Angehörigen und der gesammten Bevölkerung, des wissenschaftlichen Ausbaues und Unterrichts erwiesen, auf die Möglichkeit der einheitlichen Organisirung der in zahlreichen Patienten vorhandenen Kraftquellen zu eigenem und allgemeinem Wohle aufmerksam gemacht. Auf die Einrichtungen der entsprechenden neuen deutschen Institute wird des näheren eingegangen und einschlägige Gutachten hervorragender Sachverständiger citirt. Speciell therapeutisch wird die moderne humane Richtung in der Psychiatrie betont, welche mit dem No-restraint anfing, und die jetzt in einer Reihe schottischer Anstalten zu dem schönen Resultat geführt hat, dass man den geeigneten, an Zahl weit überwiegenden Insassen auf ihr blosses Wort hin die Wohlthat offener Thüren unbesorgt gewähren kann.

Viele von diesen Reformen werden nun in dem neuen Genfer Bau keine Stätte finden können, und so wird es denn in wenigen Jahren mit Recht von ihm heissen, er stamme noch aus dem vorigen Jahrhundert.

Jentsch.

XLVII) **Max Herz**: Kritische Psychiatrie.
(Wien, Prochaska, 1895.)

„Die ungeheure Umwälzung, welche Kant in der Verstandeslehre hervorbrachte, indem er, wie er selbst sagt, die Anmassungen der menschlichen Vernunft kritisch prüfte, um sie in desto sichereren Besitz ihrer Rechte zu setzen, müsste sich in der Pathologie des Geistes zu ihrem Heile wiederholen, wenn man nach den gleichen Grundsätzen die Grenzen des Gebietes abstecken wollte . . . .,“ — so heisst es in der Vorrede des vorliegenden Buches. Mancher Leser wird sich verwundert fragen, was eine solche „Kritik der reinen Unvernunft“ solle: Kant's Unternehmen, die Aspirationen des menschlichen Intellectes in die Schranken zu weisen, die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit zu präcisiren, wird gewiss auch dem kritischen Gegner als eine kühne Leistung erscheinen, welche die Discussion philosophischer Probleme bis in die Sinnesphysiologie hinein befruchtet hat; aber Aehnliches bezüglich des gestörten Intellectes versuchen? — für seine kranken Träger wäre es verlorene Liebesmühe und für deren gesunde Beobachter hiesse es Eulen nach Athen tragen. Doch solche Naivetät liegt dem Verfasser fern: er will den Kant, welcher „den menschlichen Geist als eine Maschine erkannt, diese in ihre Theile zerlegt und die Räder vorgewiesen hat“, für die Psychiatrie nutzbar machen. Meynert war „der Locke der Psychopathologie und nunmehr hat mit der Einführung Kant's die kritische Periode zu beginnen“. Den Ausgangspunkt der Psychiatrie soll nicht mehr die Psychologie bilden, welche die Schicksale des den Sinnen gebotenen Rohmaterials durch alle Phasen der Maschinenverarbeitung verfolgt, sondern die „kritische Philosophie“, deren Forschungsobject die

Maschine selbst ist". Und die Forschung, welche es sich zur Aufgabe machen wird, die „Störungen der Maschine, nämlich der reinen, von jedem empirischen Inhalte freien Vernunft" aufzudecken, das ist eben die „kritische Psychiatrie", zu welcher die vorliegende Schrift eine Vorarbeit liefern will. So wünschenswerth nun die Pflege der theoretischen Psychopathologie ist, so dürfte doch eine solch' einseitige Betonung theoretischer Bestrebungen gegenüber der klinischen Thätigkeit, wie sie Herz beliebt, kaum Zustimmung finden. Nicht etwa, weil — wie Herz meint — die rein descriptive klinische Richtung wegen ihrer „Leichtfasslichkeit" sich grösserer Beliebtheit erfreut, sondern weil man erkannt hat, dass die von Herz so gerühmte „systematisirende Wirkung der philosophischen Betrachtung der psychiatrischen Phänomene" statt natürlicher Krankheitsbilder und -Gruppen Artefacte, schematische Constructionen lieferte. Auch irrt Herz, wenn er glaubt, dass das Object der klinischen Thätigkeit nur der „in Unordnung gerathene Ideenkreis des Kranken mit seinem ganzen verworrenen Inhalt" sei, — wäre es so, dann läge allerdings für den Kliniker die Gefahr nahe, sich „in tollen Schilderungen von Sonderbarkeiten und Ungereimtheiten zu verlieren, welche höchstens das oberflächliche Interesse eines neugierigen Laien erwecken könnten". Nicht der Wahn des Kranken, sondern der erkrankte Organismus als Ganzes ist — wie für den internen Kliniker, so für den Psychiater — der Gegenstand der klinischen Beobachtung. Mit seiner Warnung, über der Beobachtung das Verständniss des Beobachteten nicht zu vergessen, ist Herz gewiss im Recht. Auch seine Mahnung zur Vertiefung der kritischen Analyse erscheint nicht unberechtigt, wenn man z. B. sieht, wie in psychiatrischen Lehrbüchern (Kräpelin, Salgo) das Bestehen psychiatrischer Schwäche bei Paranoia begründet wird, wie in der psychischen Oeconomie die „Association" nachgerade als „Mädchen für Alles" ausgenützt wird etc. etc. Was bringt nun die „kritische Psychiatrie" zu Wege? Herz durchkreuzt — mit dem Kant'schen Plane der gesunden Vernunft in der Hand — das psychiatrische Gebiet nach allen Richtungen. Er prüft, welche Rolle die Processe der „Ueberlegung" und „Untersuchung" im pathologischen Denken spielen, er prüft die falschen Urtheile auf die Categorien — z. B. der Modalität (Möglichkeit, Dasein, Nothwendigkeit). Und zwar ist es nach Herz nicht nur „ein gradueller Unterschied, welcher auf solche Art zu Tage tritt, sondern es wird mit absoluter Bestimmtheit (!) der Sitz der Läsion im Gemüthe (!) aufgedeckt und man kann nicht sagen, dass irgend etwas in der Diagnostik der Geistesstörungen principiell wichtiger sei, als ihren Sitz zu erkennen. Nun muss man nach dem Entstehungsorte das problematische Urtheil für ein Product des Verstandes halten, nämlich des Vermögens, überhaupt zu urtheilen; das assertorische für ein Product der Urtheilskraft, nämlich des kritischen Unterscheidungsvermögens; und das apodictische für ein Product der Vernunft, nämlich des Vermögens, Schlüsse zu ziehen. Und wir sind mit Leichtigkeit schon nach der Prüfung eines falschen Urtheils auf seine Modalität im Stande zu sagen, ob der Fehler vom Verstande, von der Urtheilskraft oder der Vernunft begangen wurde." Diese Sätze sind characteristisch für den Standpunkt des Verfassers und das im Buche eingeschlagene

Verfahren. Sie zeigen vor Allem, wie völlig Herz der Kant'schen Vernunftkritik gegenüber die eigene aufgiebt. Für ihn sind die Kant'schen Aufstellungen, wie er selbst sagt, ein absolutes Maass für die bewussten Functionen des Gehirns — und mit diesem Maasse misst er die psychiatrischen Phänomene. Es ist klar, dass der Werth der so gemachten Bestimmungen gering ist für Diejenigen, welche bezüglich der Präcision des Maasses Zweifel hegen. Und solcher Zweifler giebt es nicht wenige: Wundt z. B. kann weder in den Ergebnissen der Vernunftkritik, noch in der eingeschlagenen Methode den Inhalt dessen erblicken, was Kant uns heute noch sein kann. Ja selbst intensive Bewunderer des Kant'schen Werkes sind weit entfernt, *Κπαντα Καλα λιαν* zu finden. So erhebt Schopenhauer den Vorwurf, dass der Autor der „Vernunftkritik" auch nicht ein einziges Mal „ordentlich und genügend bestimmt habe, was der Verstand und was die Vernunft sei". Die Categorien nennt derselbe Philosoph das furchtbare Procrustesbett, in welches Kant alle Dinge gewaltsam eingezwängt habe, — „keine Gewaltthätigkeit scheuend und kein Sophisma verschmähend". Nicht weniger scharfe Ausstellungen sind von Anderen gemacht worden.*) Für Herz aber bleibt der Kant'sche Grundriss der „einzig mögliche". Kant hat die Philosophie „aus dem dogmatischen Schlummer erweckt." Herz lässt sie wieder weiter schlafen, — zufrieden, dass sie nunmehr im Kant-schen Bett liegt. Und in dieses Bett soll sich nun auch die Psychiatrie legen, um an den Brüsten der in dogmatischer Erstarrung schlafenden Kant'schen Philosophie genährt zu werden? Es fällt schwer zu glauben, dass gerade diese Amme die Psychiatrie zu Kräften bringen wird. Schon ihre altmodisch terminologische Tracht weist darauf hin, dass sie nicht mehr die Jüngste ist, und lässt daher besorgen, dass sie ihren Schützling weniger mit Ammenmilch als mit Ammenmärchen füttern dürfte. — Alles in Allem genommen, kann der von Herz beschrittene Weg, so anregende Ausblicke er hier und da bietet, zur Nachfolge nicht empfohlen werden. Der theoretischen Psychiatrie heute die „Vernunftkritik" zu Grunde zu legen, wäre kaum minder anachronistisch, als wenn die Klinik auf die Kant'sche Eintheilung der „Seelenkrankheiten in Ansehung des Erkenntnissvermögens" in die „Grillenkrankheit (Hypochondrie) und das „gestörte Gemüth (Manie)" zurückginge, oder wenn man in forensischer Hinsicht die Anschauung desselben Kant (s. Anthropologie, § 41) acceptiren wollte, dass die Beurtheilung der Frage, ob ein Verbrecher bei Begehung einer Strafthat geisteskrank war, nicht vor die medicinische, sondern vor die philosophische Facultät gehöre. R. Sandberg (Landeck).

XLVIII) **E. Bleuler** (Rheingau): Der geborene Verbrecher. Eine kritische Studie.

(München, Verlag von J. F. Lehmann, 1896. 89 S. 8.)

In einfacher und klarer Weise giebt B. eine Darstellung des heutigen Standes der Verbrecherfrage: er schält den Kern der Lombroso'schen Lehre

*) Wer zu autoritätsscheu oder zu bequem ist, um sich durch eigene Kritik des Originalwerkes zu überzeugen, wieviel Willkür, Widerspruch und Unklarheit in den Kant'schen Ausführungen ihr Spiel treiben, dem sei Bolliger's vortrefflicher „Anti-Kant" (Basel 1882) empfohlen

sauber heraus und interpretirt ihn richtig, ohne durch Verweilen bei den Schwächen nebensächlicher Punkte das Kind mit dem Bade auszuschütten. Er führt aus, dass Bär, Näcke und Kirn mit allen ihren Argumenten gegen Lombroso nur das wesentliche seiner Lehre, die endogene Herkunft des Verbrechens, bewiesen haben. Der erste Abschnitt: Zur Anthropologie des Verbrechers erörtert den Verbrechertypus, die Bedeutung der Degenerationszeichen, den psychologischen Begriff des geborenen Verbrechers. Er zeigt, dass fast Alle, die Lombroso bekämpfen, vergessen, dass der „Verbrechertypus" nur einen Theil der Verbrecher umfasst; B. ist der Meinung, dass in Bezug auf körperliche Anomalien dieser Typus noch von den pathologischen Formen „degenerativen Characters" nicht zu trennen ist, dass aber die Identität der Verbrecher mit allen anderen Degenerirten ebenso wenig nachgewiesen ist. Das ist ein sehr bemerkenswerther Einwand; darnach erscheint das Verbrecherthum als eine psychologisch definirbare Gruppe innerhalb der Degenerirten. Sehr interessant sind die Ausführungen darüber, dass alle nicht bloss auf Kleinigkeitskrämerei hinauskommenden Argumente gegen Lombroso auf Missverständnissen beruhen und nur den Gedanken einer endogenen Anlage zum Verbrecher bestätigen; z. B. der Einwand, es gebe kein besonderes Organ der Moral, also können auch die Moraldefecte nicht angeboren sein. „Wer den Schluss zieht: weil die Moral nicht angeboren ist, desshalb giebt es keinen geborenen Verbrecher, macht sich der gleichen Erschleichung schuldig, wie wenn er behaupten wollte, weil die Sprache nicht angeboren ist, gebe es keine geborenen Stummen." Sehr gelungen ist der Nachweis, dass die moralischen Gefühle bei intellectuell gleich hochstehenden Menschen innerhalb grosser Breiten variiren können, und dass ein Mensch mit einem gewissen Tiefstand dieser Gefühle eben der delinquente nato ist; dass solche Wesen existiren, sagt Niemand deutlicher als Bär (p. 288 seines Werks); zum Ueberfluss citirt B. auch noch einen Brief Bär's an ihn, wo dieser sagt, er habe solche Fälle zu Dutzenden gesehen, sehe sie aber als geistesgesunde Verbrecher an. Es handelt sich also gar nicht darum, ob angeborene Formen dieser Art existiren, sondern ob sie an sich ein Zeichen von Krankheit sind. Die Antwort auf diese Frage wird von der Kenntniss der Genese solcher Defecte abhängen und da beweist — wie B. ausführt — Niemand deutlicher als Bär, dass die Verbrecher wirklich in ihrer grossen Mehrzahl körperlich und geistig minderwerthig sind; „da wäre es doch sehr merkwürdig, wenn bei diesen im Ganzen inferioren Menschen der Defect der Moral bloss oder in der Hauptsache den äusseren Umständen zugeschrieben werden müsste, d. h. wenn gerade diejenigen Hirnfunctionen, welche am meisten abnorm sind, immer allein normal veranlagt gewesen wären."

Der II. Abschnitt betrifft Criminalität und Krankheit. Es heisst da: Pathologisch ist jede Abweichung, welche das Individuum oder die Art schädigt. — Ich glaube, B. übersieht dabei den Unterschied zwischen Pathologie und Nosologie. Er beschäftigt sich dann mit dem Versuch Sommer's (auf der Dresdener Versammlung der deutschen Irrenärzte), Irre und Verbrecher dadurch zu unterscheiden, je nachdem ihre Handlungen sie schädigen oder nicht. Esquirol hat schon etwas ähnliches gesagt, es wird aber B. nicht schwer, zu zeigen, dass dieses Kriterium nicht stichhält. Es

hängt ja doch vom Zufall ab, ob ein Verbrecher Nutzen oder Schaden von seinem Frevel hat; wären Friedmann oder v. Hammerstein vor 9 Monaten gestorben, so hätten sie doch nur ein sehr angenehmes, genuss- und ehrenreiches Dasein als Frucht ihrer Thaten genossen.

Auf die Frage: Sind nun alle Verbrecher als geisteskrank zu bezeichnen? antwortet B.: „Anthropologe und Pathologe haben das Recht und sind geradezu gezwungen, unter sich den Verbrecher als geisteskrank zu bezeichnen; da aber, wo jene abgeleitete Bedeutung in Frage kommen kann, darf der Ausdruck ohne nähere Erklärung nicht gebraucht werden.“

Der III. Abschnitt, „Allgemeine theoretische Consequenzen, beschäftigt sich mit dem Nachweise, dass der Determinismus — also auch in seiner Lombroso'schen Form — keine der von seinen Gegnern und Vertuschern gefürchteten Consequenzen haben kann. Ich habe oft den Gedanken ausgesprochen, den B. hier R. Sommer entgegenhält, dass „es unter keinen Umständen erlaubt ist, die wissenschaftliche Wahrheit von practischen Consequenzen abhängig zu machen.“ Sommer's Abschreckungsversuch durch Hinweis auf die Weltverbesserer schreckt B. nicht: „Das Weltverbessern an sich ist überhaupt gar nichts Schlimmes. Die Welt resp. unsere menschlichen Verhältnisse sind im Gegentheil der Verbesserung sehr bedürftig . . Warum soll die Milieu-Theorie ihre Anhänger zu noch schlimmeren Weltverbesserern machen, als die Anhänger der Lehre vom geborenen Verbrecher? Das wäre doch nur dann der Fall, wenn die Verhinderung der Verbrechen die einzige oder die höchste Aufgabe der Menschheit wäre . . . . Eine variirende Species wird immer neben tauglichen auch unbrauchbare Individuen hervorbringen.“

Der IV. und V. Abschnitt behandelt die practischen Consequenzen und die unmittelbaren Aufgaben des Arztes. B. denkt sich die künftige Anstalt für unverbesserliche Verbrecher als im Wesentlichen identisch mit einer Irrenanstalt und bezweifelt die Nothwendigkeit, beide für die Dauer zu trennen. Er ist auch für die heutigen Verhältnisse ein Gegner der besonderen Unterbringung irrer Verbrecher. Im Uebrigen ist B. der Ansicht, dem Richter gegenüber hätte der Psychiater seiner Ueberzeugung zu folgen, nicht Opportunitäts-Rücksichten.

Die angeführten Bemerkungen B.'s werden genügen, um ein Bild seiner Darstellung zu geben; sein Hauptverdienst besteht in einer scharfsinnigen Prüfung der gegen Lombroso's Hauptgedanken erhobenen Einwände, wobei es sich denn zeigt, dass Alles, was sie an Thatsachen und stichhaltigen Einfällen anführen können, gerade für das spricht, was sie widerlegen wollen; so zeigt es sich aber auch, dass die Arbeit von Gegnern, wie Koch, Kirn und Bär zu einem Fortschritt der Erkenntniss geführt hat; B. unterscheidet sich von allen diesen Kritikern Lombroso's durch seine Fähigkeit, sich nicht bei kleinen Schwächen dieser Lehre aufzuhalten, sondern den bleibenden Gehalt und den dauernden Gewinn eines Forscherlebens zu scheiden von der Schlacke, die einmal dem menschlichen Erkenntnissvermögen anhaftet. Seine Arbeit ist in ihrem Sinne für das Wesentliche ein Muster wissenschaftlicher Kritik, deren Aufgabe doch nicht Selbstverherrlichung und sophistische Verdrehung unbequemer Ideen, sondern Sonderung der Ergebnisse ehrlicher

Arbeit von den störenden Einwirkungen individueller Eigenheiten des einzelnen Forschers, und sympathische Würdigung sachlicher Bestrebungen ist.

Kurella.

XLIX) Th. Kölle (Zürich): Gerichtlich-psychiatrische Gutachten. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Forel.

(Stuttgart, Verlag von Fr. Enke, 1896. 322 S. 8°, Pr. 8 M.)

Die vielfach und nicht am wenigsten in akademischen Kreisen verbreitete Ueberzeugung, dass der Determinismus staatsgefährlich ist und dass also auch die, die ihn lehren, als gefährlich behandelt zu werden Aussicht haben, dass man desshalb den Determinismus, mag man ihn in seinem Innersten auch für wahr halten, doch bekämpfen muss — dieser in amtlichen und akademischen Kreisen verbreitete Satz erfährt von Tag zu Tag eine stärkere Erschütterung; dafür ist das vorliegende Buch und das etwas später erschienene von Bleuler (Der geborene Verbrecher) ein erfreulicher Beweis; wenn es so weiter geht, werden am Ende die Virchow-Mendel-Bär-Näcke'schen Bannstrahlen an Furchtbarkeit verlieren und wir können gar erleben, dass man als Docent der Criminal-Anthropologie Carriere macht. Jedenfalls ist das vorliegende Werk mit seinem ganzen Inhalt dazu angethan, Vorurtheile zu zerstören und ängstliche Gemüther über die Gefahr einer Behandlung forensischer Fragen im Sinne des Determinismus zu beruhigen. Es behandelt 93 Verbrecher und 27 Verbrecherinnen aus den Akten der Forel'schen Klinik. Die Categorie der „constitutionellen Störungen", des angeborenen Schwachsinns und der epileptischen Störungen ist dabei mit 70 Fällen, d. h. mit 48% vertreten. Natürlich liegt das Hauptinteresse in den individuellen Zügen der einzelnen Fälle, d. h. in dem, das sich dem Referat am meisten entzieht. 10 der Männer waren wegen Mord und Mordversuch angeklagt; es ist characteristisch, dass bei den beiden Fällen von Mordversuch durch Frauen es sich um Vergiftung handelt. Ich kann ein eingehendes Studium aller Gutachten nur empfehlen; sie sind zum grössten Theil von den Aerzten in Burghölzli verfasst, aber auch andere namhafte Psychiater der Schweiz haben Material zur Verfügung gestellt. Eine interessante Zusammenfassung ergiebt die Momente, die zur Determinirung des Verbrechens zusammenwirkten. Es zeigt sich, dass von 17 Verbrechen gegen die sexuale Moral unter dem Einfluss des Affects begangen waren: 17; zugleich unter dem des Alcoholismus: 9. — Betrug, Diebstahl und Erpressung war in 46 (darunter 15 Frauen), alle übrigen Verbrechen in 56 Fällen Gegenstand des strafrechtlichen Einschreitens gewesen.

Von 35 dieser Fälle giebt nun das vorliegende Buch ausführliche Gutachten, 6 weitere Gutachten behandeln vor dem Civilforum abgeurtheilte Fälle psychischer Störung. Die mitgetheilten Fälle „pathologischer Schwindler" sind ganz besonders interessant; das triebartige in den Handlungen solcher Industrieritter und die Leichtigkeit, mit welcher sie sich in die angenommene Rolle wie in ihr eigentliches Ich hineinleben, wird durch diese Fälle ausgezeichnet illustrirt.

Was nun die staatsgefährlichen Consequenzen aus den mitgetheilten Thatsachen betrifft, so sagt der Herausgeber in der Vorrede u. A.: „Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt uns auf die unzweideutigste Weise, dass

die Zahl der dem Psychiater zur Beurtheilung und Begutachtung überwiesenen sogenannten „Grenzfälle“ in stetigem Wachsthum begriffen ist. Mit denselben steht man immer wieder vor dem Dilemma: Strafanstalt oder Irrenanstalt . . . . Solche Leute gehören zu den vermindert Zurechnungsfähigen. Aber es sollte endlich einleuchten, dass für sie die üblichen „mildernden Umstände“ und die Kürzung der Zuchthausstrafe so wenig passen, wie die Faust auf's Auge. Sie müssen nicht kürzer, sondern anders bestraft werden. Die Strafe soll hier zugleich Kur und eventuell dauernde Sicherheitsstrafe sein (je nach Erfolg) . . . Es erhellt aus dem Gesagten, dass solche Anstalten für geistig abnorme, perverse Menschen mit verbrecherischen Neigungen, die auf krankhafter Gehirnanlage beruhen, weder den Namen noch den Character einer Strafanstalt haben dürfen. Sie dürfen auch nicht mit den Strafanstalten direct verbunden werden. Die Behandlung der Insassen wird nothwendig die Arbeit mit dem Entzuge der Freiheit zu verbinden haben. Dies ist schon mehr als genug Strafe für Menschen, die sich einer eigenen Verschuldung nicht oder kaum bewusst sind. Der officielle entehrende Stempel der Gerichtsstrafe . . . muss ferner besonders deshalb vermieden werden, weil man . . . die Detentionszeit nicht vorausbestimmen kann, welche sogar oft eine lebenslängliche werden muss . . . . Das Verbrechen aus der Welt zu schaffen, wäre eine Utopie. Die Erfüllung der oben ausgesprochenen Forderungen wäre die geeignetste Massregel zur Beseitigung mancher socialer Schäden. Die Gesellschaft soll sich — dazu hat sie das Recht — vor solchen unverbesserlichen Verbrechern schützen, indem sie dieselben in einer Weise versorgt, dass dieselben die Gaben und Kräfte, die sie noch besitzen, in zweckdienlicher Weise verwerthen können.“

Aus Forel's enthusiastischer Vorrede hebe ich ferner folgenden Satz hervor: „Fort mit dem Sühnebegriff, sagen wir, denn in Wahrheit entspricht er nur dem Lynch- oder Talion-Instinct des menschlichen Raubthiers, der mit schönen, ethisch klingenden Phrasen umschrieben und verdeckt wird. Die Strafe soll beim Erwachsenen wie bei den Kindern nur ein Erziehungs- und Besserungsmittel sein; die Reue soll als dankenswerther Sporn zur Besserung beurtheilt werden. Der gerichtliche Strafmakel dagegen ist nur vom Bösen. Er verschlechtert den Betroffenen und umgiebt die glücklichen Nichtbetroffenen mit einem pharisäischen Nimbus, der sie ebenfalls verschlechtert.“

Die Schlüsse, zu denen dieses reiche Material führt, haben ihren Ausgangspunkt in dem Grenzgebiete zwischen Criminalität und Psychopathie; dieser Ausgangspunkt ist der traditionell psychiatrische; aber man gelangt doch auch von ihm zu Erkenntnissen, wie sie die Betrachtung der Verbrecherwelt von einem allgemeineren Standpunkte — den man wohl als den anthropologischen bezeichnen darf — ergiebt.

Kurella.

L) **A. Erlenmeyer:** Unser Irrenwesen. Studien und Vorschläge zu seiner Reorganisation.

(Wiesbaden, J. Bergmann, 1896. 132 S.)

Es war hohe Zeit, dass sich nach so vielen „Enthüllungen“ und stürmischen Forderungen einer Revolutionirung des Irrenwesens ein erfahrener und urtheilsfähiger Irrenarzt über die Mängel unseres Irrenwesens und die

Wege zu ihrer Abstellung hören liess. Niemand wird nun Erlenmeyer Erfahrung und kritische Anlage absprechen wollen; dazu kommt in seinem Werke ein sehr entwickelter Sinn für das Erreichbare, massvolle Würdigung des historisch Gewordenen und ein von humanem Gefühl getragenes intimes Verständniss für die Bedürfnisse der Kranken; als Beispiel für diese Eigenschaften verweise ich auf seine Forderung (S. 70) eines höheren Comforts in den Anstalten und zugleich auf die sehr berechtigte Resignation, mit der er die englischen und schottischen Anstalten in dieser Beziehung als Ideale, nicht als Muster hinstellt.

E.'s Kritik und darauf gegründete Reformvorschläge beziehen sich auf fast alle reformbedürftigen Punkte des Irrenwesens; die Unterzeichner des bekannten Kreuzzeitungs-Aufrufs werden darunter eine Erschwerung der Aufnahme von Kranken in Anstalten und eine Complicirung des Entmündigungsverfahrens vermissen; ich vermisse die Forderung, dass die gesetzlich zur Irrenfürsorge verpflichteten öffentlichen Verbände genöthigt werden, der Nachfrage nach Plätzen in Irrenanstalten vollständig in eigenen öffentlichen Anstalten zu genügen, und dass es ihnen verboten wird, sich ihrer Verpflichtung dadurch zu entziehen, dass sie angemeldete Kranke privaten Corporationen oder Unternehmern zuweisen. Wenn Angehörige den Wunsch haben, dass ihren Kranken die Segnungen der Alexianer oder die Zionsluft von Beth-El zu Theil werde, so mögen sie sich direct an diese Corporationen wenden; es entspricht aber nicht der Würde einer Behörde, ex officio die Geschäfte einer Privatanstalt zu besorgen

Ferner vermisse ich bei E. die Forderung von Garantien für einen geregelten Gang der Fachbildung und der Laufbahn der Irrenärzte; der gesättigten Autokraten-Zufriedenheit der Directoren steht eine wachsende Erbitterung und Verkümmerung der Nicht-Directoren an den Anstalten gegenüber; mir scheint, wenn nicht eine Degeneration auch der Anstalts ärzte, aus denen doch schliesslich die Directoren hervorgehen, eintreten soll eine systematische Regelung ihrer Stellung ebenso wichtig wie beim Wartpersonal. Letztere Frage nimmt bei E. einen breiten Raum ein und wird auf Grund ausgezeichneter Information über die thatsächlichen Verhältnisse im Geiste wirklicher Socialpolitik erörtert.

Dass E. sich auf Erörterung der psychiatrisch-administrativen Seite des Irrenwesens beschränkt und auf die der polizeilich-richterlichen verzichtet, ist nur ein Zeichen weiser Mässigung, an dem sich die Laien-Psychiater ein Beispiel nehmen können. Seine Hauptforderungen auf jenem Gebiete sind: gleichmässige staatliche Beaufsichtigung aller Anstalten — wobei unter Anstalten jede Behausung verstanden wird, in welcher ein nicht zur Familie des Eigenthümers oder Miethers gehöriger Geisteskranker untergebracht ist —, Ausübung dieser Aufsicht durch eine Centralbehörde für das Irrenwesen, bestehend aus einem Juristen, einem Bautechniker und einem Irrenarzt, sämmtlich im Hauptamt angestellt und für gewisse Functionen unterstützt oder vertreten durch gleichfalls im Hauptamt angestellte staatliche Provinzial-Commissäre; gemeinsame Action dieser Behörde mit den Regierungs- und Medicinalräthen bei der Controlle der vorübergehenden Unterbringung von Geisteskranken in Nicht-Irrenanstalten; Ergänzung dieser staatlichen Behörde durch eine jeder Irrenanstalt, auch den öffentlichen,

zugeordneten Patronats-Commission. Dieser Vorschlag erwächst bei E. aus einer sehr treffenden Kritik der neuerdings in Preussen eingeführten Besuchscommissionen. Ich führe hier an, was E. selbst sagt: „Dieses Patronat soll unter keinen Umständen lediglich eine Revisionsbehörde sein und ebenso wenig die Stelle eines Vorgesetzten des leitenden Arztes einnehmen . . . Dagegen soll es . . das Recht haben auf die Beseitigung von Missständen, die es innerhalb der Sphäre seiner Thätigkeit findet, zu dringen, nöthigenfalls sogar Anzeige bei der Centralbehörde zu erstatten . . .“ „Es besteht mindestens aus 3 Personen; ein Drittel seiner Mitglieder wird von der Anstalt (dabei wäre wohl an die Anstalts-Oberbeamten zu denken) gewählt, die beiden anderen Drittel werden von der Centralbehörde ernannt.“ Ein Jurist soll den Vorsitz in diesem Patronate führen und es sollen — was sehr richtig ist — Beamte der Provinzial- oder Communalverwaltung, von der die Anstalt ressortirt, nicht wählbar sein. Ich begrüsse diese Vorschläge mit dem lebhaftesten Beifall; es fehlt den Anstalten und besonders den Directoren, die am liebsten alles secretiren möchten, heute ganz an Berührung mit dem Leben, der bureaukratische Geist herrscht unbeschränkt, die Anstaltsärzte sind meist ohne Fühlung mit anderen Gebildeten und der Bevölkerung und werden dadurch noch besonders der Verkümmerung und der Verknöcherung ausgesetzt; dieses Patronat wird das beste Mittel gegen die dumpfe Gefängnissluft der heutigen Anstalten sein, unter der Kranke und Gesunde, die darin leben müssen, gleich leiden. Wer Irre behandeln und pflegen soll, soll ein Philanthrop sein, man macht aber durch das heutige Absperrungssystem Pfleger und Aerzte zu Misanthropen; das wird jeder Anstaltsdirector, der noch im Stande ist, einmal aus der Stimmung autokratischer Selbstgefälligkeit herauszutreten und seine Umgebung mit offenen Augen anzusehen, sofort finden.

Das Buch ist nun noch überreich an treffenden Bemerkungen und beachtenswerthen Einzelvorschlägen; ich gehe nicht auf alles ein, weil es ohnedies jeder Psychiater lesen wird, wozu seine frische und originelle Schreibweise schnell verlockt. Ich möchte mit dem Wunsche schliessen, dass E. seinen Gesetzentwurf auf der nächsten Versammlung der deutschen Irrenärzte zur Discussion stellt, was Viele anziehen dürfte, für welche Gliafärbung und Associationstheorien an Reiz verloren haben.

Kurella.

LI) **Karl Baas**, Privatdocent der Augenheilkunde und I. Assistent an der Universitäts-Augenklinik zu Freiburg i. B.: Das Gesichtsfeld. Ein Handbuch für Augenärzte, Neurologen, practische Aerzte und Studirende. — Mit 100 Figuren im Texte.

(Stuttgart. Verlag von Friedrich Enke. 1896.)

Das vorliegende Buch von Baas wird sicherlich von einer grossen Anzahl von Fachcollegen mit Freuden begrüsst werden. Speciell für den Unterricht in den Functionsstörungen des Auges bringt es uns mancherlei Bequemlichkeit, vielfache Erleichterung; allein auch zum Nachschlagen, zur raschen Orientirung dürfte es, zumal da die Litteratur eingehend berücksichtigt ist, sehr willkommen sein. Jedoch auch anderen medicinischen Kreisen, besonders den Neurologen, mag das Werk bestens empfohlen sein. Es bietet für sie die Annehmlichkeit, sich bequem und rasch in die bezüg-

lichen Untersuchungsmethoden einarbeiten zu können, des weiteren mögen und können sie daraus ersehen, mit wie viel Kritik man bei der Aufnahme eines Gesichtsfeldes, bei der Beurtheilung von Gesichtsfeldstörungen vorgehen muss, um keinen Täuschungen sich hinzugeben. In letzterer Hinsicht sei den Neurologen besonders der VII. Abschnitt: „Functionelle Gesichtsfeldstörungen" empfohlen.

Nach einer Einleitung über Begriff und Geschichte des Gesichtsfeldes über Werth und Bedeutung der Gesichtsfeldmessung, über die Methode und Instrumente der Gesichtsfeldmessung wird im ersten Abschnitt das normale Gesichtsfeld, behandelt. Es mag hervorgehoben werden, dass auch eingehend das Gesichtsfeld bei Farbenblinden berücksichtigt wird, dass erörtert wird das Gesichtsfeld bei verschiedenen Rassen, im Alter, bei verschiedener Pupillenweite, Refraction etc.

Der zweite Abschnitt behandelt das pathologische Gesichtsfeld. Es werden die Störungen bei Erkrankungen der Retina, Chorioidea, Nervus opticus, bei Glaucom besprochen; des ferneren die hemianopischen Gesichtsfeldstörungen (Ref. möchte bezweifeln, ob der Verf. berechtigt ist, sich hierbei ganz auf den Standpunkt der Semidecussatio zu stellen, von einer anatomisch fest begründeten Auffassung der Hemianopsie zu sprechen). Zum Schlusse behandelt Baas die functionellen Gesichtsfeldstörungen. Der Standpunkt des Verfassers dürfte ganz richtig, die Bearbeitung demnach eine glückliche sein, wenn sie auch in Anbetracht des grossen Interesses, das zur Zeit der Frage entgegengebracht wird, etwas kurz ausgefallen sein mag.

Nicht unterlassen will ich es, die geschickte zweckdienliche Anordnung des Sachregisters zu erwähnen.

Das Buch wird sicher seinen Weg finden, umsomehr, als es eine entschieden noch vorhandene Lücke in der ophthalm. Litteratur ausfüllt.

Ludwig Bach.

IV. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

1. Allgemeine Pathologie.

a) *Pathologische Anatomie.*

166) **Achille Monti:** Sulle alterazioni del sistema nervoso nell'inanizione. (Napoli 1895.)

Der auffallend geringe Gewichtsverlust, welchen das Gehirn durch die Inanition erleidet, sowie die scheinbar unverändert fortbestehende Integrität seiner Function sprachen bisher dafür, dass die Hirnelemente durch die Einschränkung des Stoffwechsels nicht beeinflusst würden. Das ist nach Monti's Untersuchungen nicht der Fall. Monti behandelt eine Reihe Gehirne von Kaninchen, welche er nach Aducco's Vorgang durch permanenten Aufenthalt in vollständiger Dunkelheit bis zu den äussersten Stadien der Inanition gebracht hatte, mit der Golgi'schen Methode und fand, dass an

den Zellen der Hirnrinde zwar der Nervenfortsatz stets unversehrt bleibe, dass dagegen die Dendriten unter der Bichromateinwirkung ihr stachliges Aussehen verlieren und dafür eine krümlige oder knollige Beschaffenheit annehmen. Da letztere Structur im fœtalen Gehirn die Regel ist, so wird geschlossen, dass der Inanitionsprocess im Nervensystem sich als fœtale Rückbildung äussere. Der Hungertod erfolge dadurch, dass das Nervensystem, bei einem bestimmten Punkte der regressiven Metamorphose angelangt, plötzlich leistungsunfähig werde, sonst sei kein Grund vorhanden, weshalb nicht der involutive Process weitergehen solle.

Für die Golgi'sche Schule, welche in den Dendriten nutritive Organe der Zelle sieht, sind Monti's Befunde eine neue Stütze ihrer Behauptung. Wenn nämlich die Protoplasmafortsätze der Reizübertragung dienen, so wäre zu erwarten, dass deren tiefgehende Alteration nicht ohne bemerkliche Wirkung auf das functionelle Verhalten der nervösen Organe bleiben würde.

Jentsch.

---

167) **Soukhanoff:** Contribution à l'étude des changements du système nerveux central dans la polynévrite.

(Arch de Neurol. 1896, Nr. 3.)

S. beschreibt einen schweren Fall von Alcohol-Neuritis, der an Lungentuberculose und verjauchtem Empyem zu Grunde ging. Ausser den gewöhnlichen Veränderungen an den peripheren Nerven fand er mit der Marchi'schen Methode auch schwere Veränderungen im Rückenmark. Ausser zerstreuten einzelnen degenerirten Fasern fand er eine ausgesprochene Degeneration der Hinterstränge und der vorderen und hinteren Wurzeln. Im Lendentheil war die Degeneration am stärksten in den lateralen und hintersten Partien der Hinterstränge, im Dorsalmark war sie mehr gleichmässig vertheilt, während im Cervicalmark und in der Medulla namentlich die Goll'schen Stränge bezw. die funiculi graciles ergriffen waren. Degenerirte Fasern neben gesunden fanden sich auch in den Hypoglossi, Faciales, Abducentes und Oculomotorii; die Untersuchung der Hirnrinde lieferte keine sicheren Resultate. Die Marchi'sche Methode wurde mehrfach mit Carmin- und Weigertfärbung controllirt; eine Veränderung der Zellen der grauen Substanz konnte weder durch die Färbung mit Carmin, noch nach Nissl nachgewiesen werden. Die Degeneration der Hinterstränge fasst S. als eine Fortsetzung der Degeneration der hinteren Wurzeln auf.

Falkenberg-Lichtenberg.

---

168) **G. Marinesco:** Les polynèvrites en rapport avec les lésions secondaires et les lésions primitives des cellules nerveuses.

(Revue neurologique Nr. 5, 1896.)

Der Verfasser versucht in vorstehender sehr beachtenswerthen Arbeit im Anschluss an frühere Mittheilungen den Nachweis zu liefern, dass die von der Mehrzahl der Autoren angenommene Unterscheidung von Polyneuritiden und Poliomyelitiden aufgegeben werden muss. Diese Unterscheidung beruht auf der Voraussetzung, dass bei ersteren Affectionen die Läsion der peripheren Nerven mit vollständiger Intactheit der Ursprungscentren der ergriffenen Nerven einhergeht. Die Argumente, welche M. gegen

die Theorie von dem ausschliesslichen peripheren Sitz der Läsion bei den Polyneuritiden geltend macht, sind folgende:

1. Nach der Durchschneidung eines motorischen oder gemischten Nerven findet man nach einigen Tagen constante und bestimmte Läsionen in dem Ursprungscentrum des Nerven. Diese Läsionen wurden von Nissl zuerst beschrieben. M. hat bei Affen, Hunden und Kaninchen Nervendurchschneidungen vorgenommen und immer die von Nissl geschilderten Veränderungen in den Vorderhornzellen oder den motorischen Kernen der Gehirnnerven gefunden. Zunächst wird partielle Auflösung der chromatophilen Elemente beobachtet. Diese Chromatolyse kann sich über den ganzen Körper der Nervenzelle ausbreiten, zu gleicher Zeit lässt sich eine Verschiebung des Kernes constatiren; ob es sich hierbei um einen activen oder passiven Vorgang handelt, wagt M. nicht zu entscheiden. Manche Zellen atrophiren und schwinden, während bei der Mehrzahl die Veränderungen rückgängig werden in dem Maasse, in welchem der Regenerationsprocess in den durchschnittenen Nerven fortschreitet. Vergleicht man die Veränderungen, welche der centrale Stumpf des durchschnittenen Nerven und die Nervenzelle, von welcher derselbe ausgeht, erfahren, so zeigt sich, dass in den ersten Tagen nach der Durchtrennung eines motorischen Nerven der centrale Stumpf intact bleibt, während die Nervenzelle Veränderungen aufweist, welche, wie bemerkt, lediglich die chromophilen Elemente betreffen. Bei dem Kaninchen lassen sich erst am Ende eines Monats deutliche degenerative Alterationen nachweisen, welche dann aber nicht lediglich die chromatische Substanz mancher Nervenzellen, sondern auch die achromatische Grundsubstanz derselben ergreift (Atrophie und Zerfall). M. folgert hieraus, dass die Nervenzelle sich aus wenigstens 2 Substanzen zusammensetzt: die achromatische — von M. Trophoplasma benannt —, welche auch den Achsencylinderfortsatz bildet und die unmittelbare Ernährung des Neurons regulirt, und die chromatische — von M. Kinetoplasma bezeichnet —, welche mit der trophischen Function der Nervenzelle nichts zu thun hat, sondern dazu dient, die Potentialdifferenz der centrifugalen Nervenwelle zu erhöhen.

2. Auch die Neuronlehre liefert gewisse Argumente gegen das Vorkommen peripherer Neuritiden ohne centrale Läsion. Es besteht eine strenge Solidarität zwischen den verschiedenen Abschnitten des Neurons. Alle diese Abschnitte üben wechselseitig einen trophischen Einfluss auf einander aus.

3. Schon seit Langem wurden von verschiedenen Beobachtern Veränderungen der Vorderhornzellen bei Intoxicationen constatirt (so bei Alcoholparalyse von Oettinger, Korsakoff u. A., bei Diphtherie von Oertel, Déjérine, Oppenheim u. A. etc.). In neuerer Zeit wurden solche Alterationen auch in verschiedenen Fällen von Polyneuritis (von Fuchs, Goldscheider und Moseter, Ballet und Dutil u. A.) gefunden. In einem von M. selbst untersuchten Falle von Polyneuritis nach acutem Gelenkrheumatismus waren neben degenerativen Veränderungen in den Muskelästen und Nervenstämmen in den Vorderhornzellen der Cervical- wie der Lumbalregion ausgeprägte Alterationen zu constatiren, welche grosse Aehnlichkeit mit den nach Nervendurchschneidung beobachteten zeigten (Zerfall der chromatischen

Elemente in der centralen Partie der Zelle, Lagerung des Kernes an der Peripherie). Was die Frage betrifft, ob die angeführten Zellalterationen den Veränderungen der peripheren Nerven vorhergängig oder eine Folge letzterer sind, so glaubt der Verfasser, dass auf Grund seiner histologischen Beobachtungen die primären Zellläsionen von den secundären sich unterscheiden lassen. Bei secundären Alterationen ist hauptsächlich das Kinetoplasma betroffen, während es bei den primären Zellaffectionen durch den Zerfall des Trophoplasmas zur Bildung von Vacuolen in demselben kommt! letzteren Umstand betrachtet M. als ein werthvolles Kriterium für die Unterscheidung secundärer und primärer Affectionen, wenn demselben auch keine absolute Beweiskraft zukommt. Des Weiteren betont M., dass immer, wenn das Trophoplasma verändert ist, die Läsion keiner Ausgleichung fähig ist, weil eine Regeneration der Nervenzellen nicht statthat. Dass in manchen Fällen die Noxe zu gleicher Zeit die Nervenendigungen und die Centren angreifen mag, wie dies von Strümpell und Raymond angenommen wurde, zieht der Autor nicht in Zweifel. Nach seiner Ansicht bedingen jedoch die Polyneuritiden in den Nervencentren constante Läsionen secundärer Natur; diese stellen die nothwendige Reaction eines leidenden Centrums dar.

Eine Anzahl trefflicher Abbildungen illustrirt die Ausführungen des Verfassers. L. Löwenfeld.

---

169) **H. Francotte** (Liège): Démonstration d'un cas d'hétérotopie de substance médullaire. Société de médécine mentale de Belgique, 26./X. 1895.

(Bulletin de la Société de médécine mentale de Belgique. Décembre 1895.)

Ein 28jähriger bisher gesunder Arbeiter fühlte im Juni 1891 bei der Arbeit plötzlich eine Schwäche der Beine, besonders des linken, welche so schnell zunahm, dass er schon nach einigen Stunden nicht mehr gehen konnte. Während bald Sphincterenlähmung folgte, schritt die Paralyse rasch nach oben fort und ergriff die oberen Extremitäten. Zugleich stellten sich Sensibilitätsstörungen und schliesslich trophische Störungen ein. Er starb Ende August im marastischen Zustande unter heretischem Fieber.

Die Section ergab neben einer acuten Myelitis, welche sich von der Mitte des Dorsalmarks nach oben erstreckte und secundäre Reactionen nach sich gezogen hatte, einen kleinen Tumor (ca $2^1/_2$ cm hoch, 1 cm breit) im oberen Theile des Lumbalmarks, welcher auf dem Durchschnitt völlig die Schmetterlingszeichnung des Rückenmarks gewährte und sich in der That als Rückenmarkssubstanz erwies. F. nimmt an, dass die Heterotopie die Prädisposition für die Entstehung der Myelitis gebildet hat, da erfahrungsgemäss heterotopische Bildungen leicht erkranken. Hoppe.

---

171) **Risien Russell**: Defective development of the central nervous system in a cat.

(Brain LXIX. Spring 1895.)

Die Katze zeigte Lähmung beider Hinterbeine und des rechten Vorderbeins, ein Zustand, der bei Hunden nach Entfernung des rechten Seitenlappens des Kleinhirns auftritt. Demnach wurde auch hier diese Diagnose gestellt, das Thier getödtet und obducirt. Es fand sich folgendes: Das

Kleinhirn ist überhaupt abnorm klein; sein rechter Lappen viel kleiner als der linke. Die rechte Grosshirnhälfte ist etwas kleiner als die linke; ebenso der rechte Hirnschenkel. Im verlängerten Mark fehlt die rechte Pyramide; blos in der Höhe der Pyramidenkreuzung liegen einige Fasern auf der rechten Seite in der Gegend der Pyramide. An der Kreuzungsstelle theilt sich die normale linke Pyramidenbahn und geht zum Theil nach rechts hinüber. Die grössere Zahl ihrer Fasern zieht zur gegenüberliegenden gekreuzten Pyramidenbahn; ein beträchtlicher Theil geht zu der gekreuzten Pyramidenbahn der gleichen Seite. Die Compensation ist so vollkommen, dass die gekreuzten Pyramidenbahnen rechts und links gleich stark erscheinen. Es fehlen die Kleinhirnschenkel; ferner ist das corpus restiforme der rechten Seite kleiner; alle Hirnnerven sind rechts kleiner als links; die obere Olive ist rechts kleiner. Die untere Olive ist rechts gut entwickelt, aber links schlecht. Die Kerne des funiculus gracilis und des funiculus cuneatus sind links kleiner als rechts.

Wichmann (Braunschweig).

---

171) **Lewis C. Bruce**: Notes of a case of dual brain action.

(Brain LXIX, Spring 1895.)

Der sehr interessante Fall von Verdoppelung der Persönlichkeit betrifft einen 47jährigen Mann, der seit 15 Jahren geisteskrank ist. Es treten bei ihm Zustände auf, die schnell, mitunter an einem Tage mehrmals wechseln. Das eine Mal ist er rechtshändig, spricht und versteht nur englisch und bietet die Zeichen einer chronischen Manie; das andere Mal ist er linkshändig und schreibt dann Spiegelschrift, spricht und versteht nur „wälsch" (wallisisch?) und ist dement. Dem entspricht auch sein Körperzustand. Die ausführliche Krankengeschichte muss im Original eingesehen werden.

Wichmann.

---

172) **H. Lamy**: Note à propos des lésions vasculaires dans la syphilis des centres nerveux.

(Revue neurologique Nr. 2, 1896.)

Trotz einer Fülle von Untersuchungen im Laufe von mehr als 20 Jahren bestehen noch immer Meinungsverschiedenheiten über die luetische Arteritis, insbesondere den Ausgangspunkt derselben. Nach L. ist dies in den Schwierigkeiten begründet, mit welchen das Studium dieser Gefässerkrankung verknüpft ist. L. weist auf eine bisher nicht beachtete Quelle irrthümlicher Deutungen, das Vorkommen secundärer Infectionen bei Individuen mit luetischen Erkrankungen des Nervensystems hin. Aus seinen Beobachtungen zieht er folgende Schlüsse:

1. Gewisse syphilitische Läsionen des Rückenmarks bieten für das Studium der specifischen Gefässveränderungen besondere Vortheile wegen der kürzeren Dauer der Erkrankung.
2. Es ist nothwendig, dass man sich auf eine, von jeder secundären Allgemeininfection freie Fälle beschränkt, wenn man mit Sicherheit die Initialform der Gefässveränderung bestimmen will.
3. Diese besteht in den Fällen, welche das angegebene Postulat erfüllen, in perivasculären Alterationen.

4. In den mit septischer, secundärer Infection complicirten Fällen weisen die Gefässe des Rückenmarkes von den erwähnten verschiedene Veränderungen auf, die man auf die hinzugetretene Infection zurückführen muss. Sie bestehen wesentlich in dem Vorhandensein intravenöser und intraartieller Thrombosen, welche sich zur Organisation weiter entwickeln und eine secundäre Endovascularitis nach sich ziehen können.
5. Die vorstehende Bemerkung bezieht sich nicht nur auf Rückenmarkssyphilis, auch nicht nur auf infectiöse Myelitiden im Allgemeinen, sondern auf alle Allgemeininfectionen.
6. Es ist ohne Zweifel am Platze, dass man diesen Läsionen in der Pathogenese der postinfectiösen Myelitiden von langwierigem Verlaufe im Falle des Ueberlebens Rechnung trägt."

L. Löwenfeld.

---

173) Fränkel: Ueber neurotische Angioneurosen.
(Wiener klin. Wochenschr. 1896, 9, 10.)

Verf. sucht auf klinischem und experimentellem Wege den Nachweis zu liefern, dass „unter dem Einflusse von Krankheiten und Läsionen des Nervensystems anatomische Veränderungen der Blutgefässe entstehen können und entstehen, die zur Ursache, sei es schwerer Schädigung der Gewebsernährung oder selbst der ausgesprochenen Gewebsnekrose werden können." Diese Frage ist insofern von grosser Wichtigkeit, als sie geeignet ist, unsere jetzigen Kenntnisse vom Verhalten der trophischen Nervenfunctionen etwas zu modificiren.

Verf. untersuchte zunächst periphere Arterien, meist die tibialis antica und die begleitenden Venen bei solchen Nervenkrankheiten, die erfahrungsgemäss einerseits degenerative Processe an den peripheren Nerven zur Folge haben und andrerseits auch sogen. trophische Störungen als Symptom des Krankheitsverlaufes aufweisen (Tabes, progressive Paralyse, multiple Neuritis, Syringomyelie). Aus naheliegenden Gründen untersuchte er nur bei jugendlichen ca. 20jährigen Individuen. Er fand in sämmtlichen Fällen mehr weniger erhebliche Gefässerkrankungen, die er als angioneurotische bezeichnet. Die Veränderungen bestanden in einer Wandverdickung, hervorgerufen durch eine Hypertrophie der Media, bis zum dreifachen ihrer normalen Dicke, mit meist einhergehender Erweiterung des Lumens. Die Intima war in diesen Fällen nur wenig hypertrophirt. In anderen Fällen zeigte sich eine allgemeine Grössenzunahme des Gefässes; daselbst war die Hypertrophie der Intima stärker, ja sie kann bis zum Verschluss des Gefässes führen. Auch die Venen zeigen eine Verdickung besonders der Media, so dass sie oft arterienähnliche Beschaffenheit erhalten. Das Wesentliche dieser angiosclerotischen Veränderungen liegt in dem Umstande, dass sie sich bei jugendlichen Individuen fanden und ferner dass sie regelmässige Begleiter jener Nervenkrankheiten waren, in deren Symptomenbilde die sogen. trophischen Störungen häufig sind.

Den zweiten Theil der Arbeit bildet der Nachweis des obigen Satzes auf experimentellem Wege. Verf. durchschnitt den Ischiadicus an 12 Thieren. Die Durchschneidung hatte verschiedene, zum Theil sehr hochgradige trophische Störungen der betreffenden Extremität zur Folge. Die microscopische Untersuchung ergab, dass eine Grössenzunahme der Gefässe auf der ent-

nervten Seite, und zwar in allen Schichten, vorhanden war. Das Lumen der Gefässe, in welches die Buckel der mächtig verdickten Intima hineinragten, wurde unregelmässig und war oft nur noch spaltförmig. Die Venen waren voluminös, ihre Veränderung war verhältnissmässig noch stärker.

Nach seinen Befunden nimmt Verf. an, dass die unmittelbare Wirkung der Nervenläsion zunächst ein Reizzustand der Arterie ist, der zur Hypertrophie der Muskulatur führt. Nach 2—3 Monaten folgt ein Zustand passiver Dilatation mit vorwiegender Wucherung der Intima und eventuell sich anschliessender Metamorphose der Wandelemente. Verf. spricht zum Schluss die Vermuthung aus, dass auch bei gewissen durch toxische Einflüsse (Alcohol, Blei etc.) entstehenden Neuritiden die daselbst vorkommenden Gefässveränderungen nicht durch directe Einwirkung des Virus auf die Intima bedingt, sondern ebenfalls neurotischen Ursprungs sei.

Lehmann (Werneck).

---

174) Prof. **Adamkiewicz**: Die sogen. „Stauungspapille" und ihre Bedeutung als eines Zeichens von gesteigertem Druck in der Höhle des Schädels.

(Zeitschrift für klin. Medicin, 28. Bd., 1. u. 2. H., S. 28.)

In den letzten Jahren sind von den verschiedensten Seiten die bisherigen mechanischen Theorien der Entstehung der sogen. Stauungspapille angezweifelt worden, so von Leber, Deutschmann, Oppenheim etc. Leber hat die Vermuthung ausgesprochen, dass die Entzündung des Sehnerven durch die Anwesenheit phlogogener Substanzen im liquor cerebrospinalis bewirkt ist, und dass die an den Netzhautvenen beobachtete Stauung eine Folge der Entzündung und nicht die Ursache derselben sei. Adamkiewicz stellt nun an der Hand von experimentellen Untersuchungen eine neue Theorie auf und sieht die sogen. Stauungspapille an „als das Resultat und den sichtbaren Ausdruck einer durch krankhafte Reizung der dem Sehnerven eigenen und ihn ernährenden Centren angeregten und längs dieses Nerven bis zur Papille herab kriechenden neuroparalytischen Entzündung".

Ich hebe aus seiner Arbeit folgendes hervor:

Intracranielle Raumbeschränkung durch Herde, wie sie A. experimentell durch Einführen von Glasperlen, Holzstiften, ferner von quellender Laminaria zu erzeugen versuchte, war nicht im Stande, irgend welche Veränderungen im Augenhintergrunde hervorzurufen, ebensowenig wie experimentell verursachte Störungen des Blutstroms im Schädel — die venöse Stauung und die entzündliche Kreislaufstörung. Verf. wiederholte die Versuche von Manz (ich verweise hierbei auf das Original), jedoch mit negativem Erfolge. Hierbei fand er, dass eine Ueberfluthung des Venensinus im Schädel für das Auge nur eine Injection der Choroidealvenen zur Folge hat. Die Papille des Sehnerven und ihre Gefässe bleiben dagegen dem Einfluss einer solchen Ueberfluthung auch dann entrückt, wenn innerhalb der Schädelvenen Druckkräfte wirken, welche die Choroidealvenen sprengen und deren Inhalt in das Nachbargewebe hineindrängen, deshalb könnte eine Stauung in der Schädelvene, selbst wenn sie sich so, wie es die alte Lehre von der Stauungspapille will, entwickeln würde, nicht anders als eine Stauungschoroidea, niemals aber eine Stauungspapille erzeugen. Des

Weiteren prüfte A. die Deutschmann'sche Hypothese durch Erzeugung einer allgemeinen Meningo-Encephalitis mittelst Eiterkokken, jedoch mit negativem Erfolge; nur in einem Falle kam es zu leichten Blutungen in der Choroidea. Das gleiche Resultat hatte er bei durch Reizung der Dura mit Höllenstein und Chromsäure hervorgerufener Encephalitis zu verzeichnen.

Einen wesentlich ganz neuen Gesichtspunkt in der Auffassung des Wesens der sogen. Stauungspapille gewann A. durch eine gemachte und bereits bei Gelegenheit seiner Untersuchungen über die Compression des Gehirns mitgetheilte Beobachtung, dass die Compression des Occipitaltheiles des Kaninchengehirns bestimmte Veränderungen hervorbringt: Enophthalmus, Strabismus, Nystagmus und trophische Störungen. Die letzteren sind nach A. u. a. folgende: „Der Augapfel fällt zusammen und füllt nicht mehr die Lider aus; berührt man den Bulbus mit einer stumpfen Nadel, so giebt die Hornhaut ungewöhnlich leicht nach; an der gedrückten Stelle bildet sich eine weite, schlaffe Delle; das Auge hat seinen Tomus verloren. Gleichzeitig treten Veränderungen auf, welche die Gefässe des Auges betreffen: die conjunctiva röthet sich, die Iris schimmert blutroth durch die Hornhaut durch, die Choroidea erscheint durchzogen von ungewöhnlich breiten und stark geschlängelten Venen. All' diese Veränderungen sind nur einseitig und betreffen nur dasjenige Auge, welches der der comprimirten Hemisphäre entgegengesetzten Seite angehört. Aus der Dilatation der Gefässe entwickeln sich hierauf entzündliche Erscheinungen: die conjunctiva beginnt ein schleimig-eitriges Secret abzusondern, auf der Iris erscheinen die ersten Boten der Entzündung. Alle diese Veränderungen können durch rechtzeitige Entfernung der Ursache wieder zur Norm zurückgeführt werden.“. — Ich möchte nur so viel bemerken, dass wir über den Antheil des Sehnerven, als des punctum saliens, gar nichts erfahren „wegen der unter solchen Verhältnissen schnell eintretenden Trübung der Medien“, dass ein microscopischer Bericht gleichfalls mangelt, und so werden wir den Vorschlag A.'s, was früher Stauungspapille hiess, von jetzt ab „Neuritis neuropathica“ zu nennen, begreiflicher Weise ablehnen müssen.

Denig-Würzburg.

---

b) *Symptomatologie.*

175) **Ch. Féré**: Extrait des comptes-rendues des séances de la société de biologie. 1895.

1. Ueber den Reflexschrei bei Hemiplegikern. Linksseitiger Hemiplegiker zog sich durch eine Wärmflasche eine Verbrennung zweiten Grades zu. Darauf stellt sich starke Rigidität besonders der linken Seite und äusserste Reflexerregbarkeit der linken Extremitäten ein (z. B. beim Husten, Niesen, Gähnen). Der Schlag auf die linke Quadricepssehne löst einen Schrei aus. Nach Heilung der Wunde schwinden die Zeichen der stärksten Erregbarkeit und mit ihnen auch der Schrei. Die Starre des linken Beins lässt erst nach einem Monat nach.

2. Ueber den Einfluss psychischen Chocs auf Intoxicationen. 38jähriger Epileptiker verträgt keine Brompräparate. Er erhält deswegen anfangs täglich 4 cgr extracti Belladonnæ, alle 14 Tage 2 cgr mehr. Mit 20 cgr pro die stellt sich deutliche Besserung ein. Nach einem

Jahre ist der Kranke auf 40 cgr angelangt, ohne dass jemals eine Andeutung von medicamentöser Intoleranz eingetreten ist. In Folge eines grossen Schrecks (Strassenunfall seines Söhnchens ohne weitere Folgen) entwickelt sich innerhalb einer halben Stunde ein typisches Atropindelirium, welches am nächsten Tage unter Zurücklassung mässiger Sehstörung schwand. Acht Tage später konnte die Medication wieder aufgenommen werden, wurde aber in der Folge nur bis 25 cgr pro die vertragen.

3. Ueber epileptischen Logospasmus. 44jähriger, seit 10 Jahren epileptischer Patient mit mässig häufigen Anfällen, bei denen Bewusstlosigkeit und besonders rechtsseitige tonisch-clonische Krämpfe im Vordergrund standen, wird mit Bromsalzen behandelt. Nach einigen Monaten beschränken sich die Spasmen nur noch auf das Gesicht, weiterhin allein auf die Zunge, und enden mit rein phonetischem Character. Es wird gewöhnlich eine Silbe he vorgestossen, r, d, t, l mit gleichem oder wechselndem Vocal, Der Kranke ist bei vollem Bewusstsein. Der Zustand dauert mehrere Secunden bis Minuten. In letzter Zeit gingen Parästhesien der Zunge dem Anfalle vorauf. Starkes Schütteln des rechten Armes konnten diesen dann manchmal verhindern. Jentsch.

176) **Bresler** (Freiburg i. Schl.): Zur associirten Deviation der Augen und des Kopfes.

(Neurol. Centralbl. 1891, Nr. 5.)

Bei einem 20jährigen schwachsinnigen Mädchen mit periodischen Erregungszuständen zeigten sich neben Kopfclonus gewohnheitsmässige leichte tic-ähnliche Zuckungen des Kopfes, besonders von rechts nach links, ein leichtes Nystagmusspiel der Augen (bald nach rechts, bald nach links, ersteres jedoch etwas häufiger), das beim Blick nach oben und beim Fixiren stärker wird.

B. macht darauf aufmerksam, dass wackelnde Kopfbewegungen zuweilen bei Nystagmus vorkommen und dass zitternde Kopfbewegungen namentlich bei hochgradigem Nystagmus der Bergleute auftreten. Hoppe.

177) **E. G. Johnson:** Likformig dilatation af œsophagus, beroende paa en under lifvet befintlig striktur i cardia, sannolikt af nervöst ursprung. (Oesophaguserweiterung bei nervöser Cardia-Strictur.)

(Hygiea 1895, S. 373.)

Mittheilung zweier Fälle von gleichförmiger Dilatation des Oesophagus, von welchen der eine als gebessert entlassen wurde, der andere zur Section kam. Da es weder in dem einen noch in dem anderen Falle möglich war, eine eigentliche Stenose der Cardia nachzuweisen oder irgend welche organische Ursache zu einer Strictur zu finden, sieht sich der Verf. zu der Annahme berechtigt, dass bei Lebzeiten eine nervöse Strictur vorgelegen haben muss, und er bespricht die verschiedenen Anschauungen über das Wesen und Zustandekommen einer solchen. Der erste Fall betrifft einen 31jährigen Prediger aus dem Norrland (d. h. die nördlichste Gegend Schwedens). Er hatte als solcher eine Menge physischer und psychischer Anstrengungen durchmachen müssen und im Februar 1893 stellten sich Schwierigkeiten beim Schlucken bei ihm ein, welche sich namentlich durch

psychische Irritamente steigerten. Die Nahrungsmittel weilten längere Zeit im Oesophagus und verursachten heftige Hustenanfälle des Abends im Bette. Sonden von 1,2 bis 1,5 cm Dicke stiessen am unteren Ende des Oesophagus auf einen Widerstand, welcher sich jedoch ziemlich leicht überwinden liess. Durch Ausspülungen, electrische Behandlung u. s. w. trat eine bedeutende und dauernde Besserung ein. — Im anderen Fall war es ein Schlosser von 62 Jahren, welcher in den letzten 30 Jahren an Schwierigkeiten beim Schlucken namentlich fester Nahrungsmittel gelitten hatte. Er starb an Inanition, und bei der Section zeigte der Oesophagus sich gleichförmig dilatirt zu einem Lumen von 3 cm an der breitesten Stelle Die Cardia war weich und nachgiebig ohne andere Abnormität als eine kleine Verminderung des Lumens (0,7—0,8 cm-Diameter). Ungefähr 5 cm über der Cardia zeigte sich eine Ulceration der Schleimhaut von 2,5 cm-Diameter, welche bei der microscopischen Untersuchung einen unverkennbaren kankroiden Character zeigte. Die Wände des Oesophagus waren leicht hypertrophisch. Irgend eine Ursache dieser Hypertrophie, sowie der Dilatation wurde bei der Section nicht gefunden. Koch (Kopenhagen).

---

178) **Urbantschitsch:** Ueber die vom Gehörgange auf den motorischen Apparat des Auges stattfindenden Reflexeinwirkungen.

(Wiener klin. Wochenschr. 1896, 1.)

Diese Reflexeinwirkungen dürften auch für den Neurologen von grossem Interesse sein. Diese Beeinflussung des motorischen Apparates des Auges giebt sich am häufigsten in dem Auftreten von Nystagmus zu erkennen. Derselbe kann vom äusseren, mittleren und inneren Ohre, sowie vom Acusticusstamm selbst oder durch eine acustische Erregung ausgelöst werden, und tritt gewöhnlich als Nyst. oscillatorius, seltener als rotatorius auf. Er wird z. B. hervorgerufen durch geringe Luftverdünnung in der Paukenhöhle, durch kühlere Ausspritzungen derselben oder durch Zerrungen der Wände bei Entfernung von Polypen u. ähnl, auch bei Entzündungsvorgängen in der Paukenhöhle, z. B nach Eindringen eines Insects in dieselbe. (Cyon wies experimentell einen physiologischen Connex zwischen den Bogengängen und dem Innervationscentrum der Augenmuskeln nach.) Ausserdem kann aber ein Nystagmus auch bei complicirten Ohrenleiden durch directe Einwirkung auf den Occipitallappen erregt werden, sowohl durch Druck als durch Reizwirkung, sowie Sinusthrombose.

1. Wurde Strabismus als eine vom Gehörorgan ausgehende Reflexerscheinung beobachtet. Verf. beobachtete bei einem 6jährigen Knaben mit eitriger Mittelohrentzündung eine Ablenkung des Auges nach innen. Dieselbe nahm zu bei Verschlimmerung der Entzündung und wurde mit der Besserung des Ohrenleidens schwächer.
2. Lähmung des Musc. trochlearis im Gefolge einer eitrigen Mittelohrentzündung.
3. Reflectorische Einwirkung auf die Pupille, sowohl Erweiterung als Verengerung wurde beobachtet. Rasch erfolgende Luftdruckveränderungen in der Paukenhöhle, besonders bei leicht erregbaren Personen, rief eine kurz andauernde Pupillenerweiterung an beiden Augen hervor.

Lehmann (Werneck).

---

179) **B. Carlson**: Ett fall af gammal depression pa hjärnskalen.
(Upsala läkareförenings förh. 1895, S. 27.)

Ein Mädchen von 14 Jahren litt, seitdem sie vor 6 Jahren einen Schlag mit einem Stein auf den Schädel erhalten hatte, an heftigen Kopfschmerzen, welche in dem letzten halben Jahre einen solchen Grad erreichten, dass sie beinahe fortwährend das Bett hüten musste. In den ersten drei Jahren nach dem Trauma hatte sie ausserdem mit längeren Zwischenräumen epileptiforme Anfälle. In der Medianlinie des Schädels ca. 3 cm hinter dem oberen Ende des Sulc. Rolandi befindet sich eine unregelmässige Narbe, unter welcher der Knochen im Umfange eines Markstückes bis zu einer Tiefe von $^1/_2$ cm deprimirt ist. Nach der Entfernung dieses deprimirten Stückes ist sie von den Kopfschmerzen völlig befreit worden

Koch (Kopenhagen).

180) **H. Head** (London): Psychische Zustände bei visceralen Leiden geistig Gesunder. (Mental states with visceral disease in the Sane.)
(Journal of mental science, 1896, H. 1.)

H.'s Verdienste für die Aufklärung subjectiver Zustände bei visceralen Leiden sind bekannt. Um so mehr Aufmerksamkeit verdient die vorliegende Arbeit, wenn sie auch eine analytische Verarbeitung vermissen lässt. Er bringt die in Rede stehenden psychischen Zustände in zwei Gruppen: a) solche Veränderungen, welche die Krankheit direct begleiten und neben irgend einem abnormen Product der Krankheit einhergehen, z. B. Myxödem; b) solche, welche nur da vorhanden sind, wo das Visceralleiden einen „Referenz-Schmerz" verursacht, der mit Empfindlichkeit der oberflächlichen Schichten einhergeht. Diese Empfindlichkeit bezieht er auf Veränderungen in den das kranke viscus versorgenden sympathischen Fasern. Es handelt sich also hier um mittelbare — durch den Sympathicus vermittelte — Vorgänge.

Zunächst schildert H. einen sehr schnell auftretenden und verschieden langen — von wenigen Minuten bis zu mehreren Stunden dauernden — Depressionszustand. Der Patient verlässt plötzlich seinen Kreis, wie Jemand, der von Brechreiz befallen wird, und setzt sich weinend in eine Ecke, ohne zu wissen, was ihn deprimirt: oder ein freundliches Wort löst einen heftigen Thränenausbruch aus. Dabei besteht das unbestimmte, aber intensive Gefühl eines drohenden Unheils. Solche Kranke sieht man in den Hospitälern in Winkeln sitzen und fortgehen, wenn sie angesprochen werden. Häufig haben solche Kranke während der Anfälle beständig eine visuelle Vorstellung ihrer Häuslichkeit, die sie dunkel, grau oder schwarz vor sich sehen, alles darin sieht trostlos, besonders aber farblos aus. Dabei kann ein unbestimmter Selbstmorddrang bestehen, dem sehr selten nachgegeben wird. Verschiedene Sinnesgebiete können zugleich mithallucimiren, oft der Geschmack; das Gesicht hallucinirt einzelne Figuren oder Köpfe, stets farblos. Die Erscheinung nähert sich oder durchzieht schnell das Zimmer. Gehörs-Hallucinationen treten in solchen Fällen als unarticulirt durcheinander sprechende oder singende Stimmen auf, oft auch als Glockenläuten oder als ein sehr deutliches Klopfen an der Thür oder am Fenster.

Bemerkenswerth ist ferner ein Gefühl des Misstrauens oder ein vorübergehender Beziehungswahn in den Anfällen. Es ist den Kranken, als

wollten ihre Angehörigen sie los werden, als hielte sie ihr Meister oder Vorgesetzter für träge . . . Wenn sie glauben, dass man von ihnen spricht, handelt es sich vermeintlich stets darum, dass sie unbrauchbar, zu nichts gut sind und nur zum Wegschicken taugen. Sie werfen dann ihrer Umgebung vor, man wolle sich ihrer entledigen, dabei haben sie aber das Gefühl, dass sie sich täuschen und sind leicht zu beruhigen.

Solche Zustände hat nun Head bei 87 von 160 Fällen visceraler Leiden gefunden; in allen bestand tiefe neben oberflächlicher Schmerzempfindlichkeit; 31 davon hatten während ihres Hospitalaufenthaltes Hallucinationen, 32 zeigten Andeutung von Beziehungssucht. Die psychische Anomalie scheint in directem Verhältniss zu der Intensität des Schmerzes zu stehen, mindestens war das in 62 der 87 Fälle so. 59 davon zeigten typische Depression. Schmerzen, die dem Sitz der Krankheit entsprachen — so bei Pleuritis — waren nicht mit solchen psychischen Anfällen verbunden.

Die Depression scheint besonders mit dem Vorhandensein von Schmerzzonen über dem unteren Ende des Thorax und dem Abdomen verbunden zu sein. Hallucinationen treten nur auf, wenn Empfindlichkeit der Kopfhaut ein sehr hervorstechendes Zeichen der sensorischen Störungen ist.

Kurella.

---

181) **W. v. Bechterew** (St. Petersburg): Ueber wenig bekannte Reflexerscheinungen bei Nervenkrankheiten und über die diagnostische Bedeutung des sogenannten Fussphänomens und der Sehnen- und Hautreflexveränderungen. (Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 24.)

Bei alten hemiplegischen Lähmungen, wo die reflectorische Erregbarkeit der Muskeln und Sehnen der gelähmten Glieder schon erhöht ist, beobachtete v. B., dass der im Ellenbogengelenk passiv gebeugte gelähmte Arm bei schneller Streckung oder beim passiven Herabfallen, nachdem der rechte Winkel erreicht ist, einen Moment aufgehalten wird und einen Ruck erleidet. Nach v. B. handelt es sich um eine reflectorische Erscheinung, deren Erregungsursache in der passiven Dehnung des Biceps bei der schnellen Streckung des Armes liegt und die wahrscheinlich auch an den Muskeln, die unter ähnlichen Bedingungen stehen, zu erzielen ist.

Bei multipler Neuritis hat v. B. wiederholt eine starke Verlangsamung des Kniereflexes beobachtet, in einzelnen Fällen zugleich eine auffallende Erschöpfbarkeit des Reflexes. Diese Erschöpfbarkeit des Reflexes hat v. B. auch bei der Tetanie gesehen.

Bei Kranken mit motorischer und sensibler Paraplegie der Unterextremitäten in Folge von Rückenmarksleiden, zuweilen auch bei Hemiplegien an der gelähmten Seite, hat v. B. gefunden, dass eine leichte und gleichmässige Percussion der vorderen Tibiafläche (zuweilen auch der Sehnen vor und hinter dem Kniegelenk) periodisch (gewönlich in 6—7 Minuten) sich wiederholende, verschieden starke, reflectorische Contraction der Schenkelmuskulatur bewirkt.

Den Fussclonus hat v. B. ausser bei Hysterie auch bei Myoclonus multiplex (hier neben einem Clonus der Kniescheibe) und bei Akinesia algera beobachtet, woraus v. B. schliesst, dass das Fussphänomen nicht als absolut sichere Anzeichen einer organischen Erkrankung des Centralnerven-

systems gelten können, wie Gowers behauptet. — Den Fussclonus hat von B. übrigens zugleich mit Erhöhung des Kniereflexes auch im Verlauf der multiplen Neuritis beobachtet.

Auch das ungleichmässige Verhalten des Sehnenreflexes kann, wie v. B. an zahlreichen Beispielen ausführt, nicht als ein absolut sicherer Hinweis auf eine organische Erkrankung des Nervensystems gelten. Die Ungleichmässigkeit der Hautreflexe ist eine ziemlich häufige, wenn auch nicht ganz gewöhnliche Erscheinung bei hysterischen Hemianästhesien und Hyperästhesien functionellen Ursprunges, während die Combination der Erhöhung der Sehnenreflexe mit einer Schwächung der Hautreflexe an der gelähmten Seite eines der sichersten Zeichen einer organischen Erkrankung ist. Diese Ungleichmässigkeit der Hautreflexe ist ein wichtiges Symptom für traumatische Neurose, welches Simulation ausschliessen lässt.

Hoppe.

---

2. Specielle Pathologie.

Rückenmark und Bulbus.

180) Prof. **Fürstner:** Ueber Eröffnung des Wirbelkanals bei Spondylitis und Compressionsmyelitis.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XXVII, 3. Heft.)

An einen operativen Eingriff im Gebiet der Rückenmarkskrankheiten wird man in erster Linie bei Drucklähmungen in Folge von Fracturen oder Geschwulstbildung denken. Gegen eine chirurgische Behandlung der häufigeren spinalen Erkrankungen im Gefolge einer Spondylitis sprechen schwere Bedenken, namentlich, wie Kraske dargelegt hat, die Schwierigkeit der diagnostischen Beurtheilung des anatomischen Status. Es wird ein zu Gunsten dieser Anschauung sprechender Fall mitgetheilt, wo in der Annahme, dass es sich um Drucklähmung in Folge von Trauma handle, zur Operation geschritten war, die Section aber eine ausgedehnte tuberculöse Spondylitis ergab. Eine kräftige, 35jährige Frau, die zur Tuberculose nicht hereditär disponirt war und keine Lungenerscheinungen hatte, stürzte 3 Meter tief auf den Rücken. Die anfangs bestehenden Rückenschmerzen vergingen bald, um nach einem halben Jahre wieder aufzutreten. Nun erst entwickelte sich allmählig Lähmung und Empfindungslosigkeit der Beine, Blasenmastdarmstörung und allgemeine Abmagerung bei gleichzeitigem Hervortreten eines Gibbus im Bereich des 8.—10. Brustwirbels. Patellarreflexe sehr gesteigert, Dorsalclonus, Patellarreflexe lebhaft, Bauchreflexe nur in den unteren Partien auszulösen. Totale Empfindungslähmung bis zu einer Linie zwischen den beiden Spin. ant. inf. Herabsetzung der Sensibilität bis etwa zum Nabel. Harnträufeln, Cystitis, Decubitus, abendliches Fieber. Bei der Operation, bei welcher das Rückenmark in einer Ausdehnung von 3—4 cm freigelegt wurde, fanden sich weder Veränderungen an der Wirbelsäule noch am Rückenmark und seinen Häuten, mit Ausnahme von fehlender Pulsation des Markes. Nach dem Eingriff konnte die Kranke bemerkenswerther Weise den Urin wieder halten und das Gefühl kehrte an den Beinen von oben nach unten allmählich zurück. Die Steigerung der Patellarreflexe nahm ab, bis sie schliesslich ganz verschwanden. Der Ernährungszustand ging jedoch immer mehr zurück und 6 Wochen nach der Operation, nachdem die Wunde

längst verheilt war, trat der Tod ein. Bei der Section fand sich an der hinteren Fläche der Wirbelkörper, entsprechend dem 9. Brustwirbel, eine knöcherne Prominenz, die in den Kanal 4—5 mm hineinragte und sich als der Rest dieses Wirbels ergab. Das Rückenmark zeigte eine Einschnürung und Verjüngung. Der 10. Brustwirbel war total eingeschmolzen, der Körper des 11. nach vorn verschoben, weitere Herde bargen die Körper der 7. und 12. Brustwirbel. Ferner befand sich ein grosser Abscess an der Vorderfläche der Brust- und Lendenwirbel, beginnende basilare tuberculöse Meningitis, im oberen Lappen der linken Lunge eine kirschgrosse Caverne mit dickem käsigen Inhalt, Cystitis, links Pyelonephritis.

Fürstner legt besonderen Werth darauf, dass bei der Operation scheinbar normale Verhältnisse gefunden wurden. Obwohl er nun bedenkt, dass bei der geringen Eröffnung die Rückseite der Wirbelkörper schwer abzutasten ist, so meint er doch annehmen zu müssen, dass das Knochenstück zur Zeit der Operation noch nicht in den Wirbelkanal hineinragte. Die trotzdem bestehende Compression erklärt er so, dass doch schon schwere Veränderungen der Wirbelsäule bestanden, die die Bandscheiben in Mitleidenschaft gezogen hatten; dass diese Veränderungen Circulationsstörungen und Blutungen in den Lymphwegen bedingt hatten, welche ihrerseits zu Veränderungen im Mark führten und den Effect der Compression hervorriefen. Vielleicht sei in ähnlichen Fällen das Fehlen der Pulsation des Marks von diagnostischem Werth. In Bezug auf das Verhältniss des Trauma zur Spondylitis nimmt er an, dass durch die Verletzung der in den Wirbelknochen schon latent bestehende Process so gesteigert wurde, dass nach 6 Monaten die ersten Symptome bemerkbar wurden. Die durch eine Tafel veranschaulichte microscopische Untersuchung wies ausser den typischen auf- und absteigenden Veränderungen abweichende Degenerationsfelder unterhalb der Compressionsstelle auf, einmal in einem an die Pyramidenseitenstrangbahnen anschliessenden Gebiet und zweitens in den Hintersträngen, wo eine zunächst ziemlich ausgedehnte Veränderung gefunden wurde, die sich allmählig einschränkte. Die Bedeutung derselben sei noch nicht aufgeklärt. Die letztere sei wohl sicher erst nach der Operation entstanden und klinisch in der Aenderung der Patellarreflexe zum Ausdruck gekommen, während der hohe Grad der Degenerationen in den Pyramidenbahnen und in den aufsteigenden Bahnen für ein längeres Bestehen spreche. Bemerkenswerth sei, dass die Degeneration des Gowers'schen Bündels weit nach unten zu verfolgen und im obersten Theil des Halsmarks noch ziemlich kräftig war und dass sie sich unmittelbar an die vordere Grenze der Degenerationsfigur der Kleinhirnseitenstrangbahn anlegte. In Uebereinstimmung mit der unveränderten Motilitätsstörung war die absteigende Degeneration in den Pyramidenseitenstrangbahnen weit intensiver als die aufsteigende, während aus dem verschiedenen Grad der Degeneration in den Goll'schen Strängen der Wechsel der sensiblen Störungen vor und nach der Operation verständlich erscheine. Jedenfalls waren die spinalen Degenerationen auch ausgedehnter, als es zu vermuthen war.

Max Edel (Dalldorf).

---

183) **Max Laehr:** Ueber Sensibilitätsstörungen bei Tabes dorsalis und ihre Localisation.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XXVII, 3. H.)

Der grossen Arbeit hat der Verfasser die Befunde von 60 Tabeskranken zu Grunde gelegt, deren Geschichten ausführlich mitgetheilt werden. Im Gegensatz zu Stern und Binswanger, dessen Untersuchungen sich allerdings vorwiegend auf Taboparalytische erstrecken und welche den Sensibilitätsstörungen der Tabes jede Gesetzmässigkeit des Auftretens absprechen, hat er eine gewisse Regelmässigkeit und Eigenthümlichkeit beobachtet. Bei den sorgfältigen Untersuchungen mit dem Pinsel wurden Fehlerquellen dadurch beseitigt, dass auf die Localisation der Empfindung Werth gelegt, bei Auftreten von scheinbaren Widersprüchen die Prüfung der betreffenden Hautgegend abgebrochen und schliesslich vermieden wurde, von den normalen Stellen auszugehen. Dabei konnte er nun, worauf Hitzig zuerst kürzlich hingewiesen habe, bestimmte Bezirke, besonders am Rumpf umgrenzen, wo die Berührungsempfindlichkeit gestört war. Auf zahlreichen beigefügten Einzeichnungen der Sensibilitätsstörungen in Freund'sche Schemata wird die allmählich immer weitergehende Verbreitung der Hypästhesie veranschaulicht. Nur bei 5 Taboparalytikern fehlte sie ganz, bei 3 Tabikern mit anfänglich vorwiegenden Hirnsymptomen trat sie erst später in schwachem Grade auf. Nach näherem Eingehen auf einzelne Punkte, namentlich auf die Beziehungen der Hypästhesie zu den neueren Ergebnissen der anatomischen Forschung bei der Tabes, auf ihr Verhältniss zu den übrigen Symptomen und einen Fall von Tabes cervicalis, fasst er seine Beobachtungen in folgende Schlüsse zusammen:

1. Unter den Sensibilitätsstörungen der Tabes dorsalis scheint die Hypästhesie am Rumpf ein regelmässiger und meist frühzeitiger Befund zu sein.
2. Dieselbe besteht lange Zeit nur in einer Unterempfindlichkeit für leichte Berührungen, während im Gegensatz hierzu an den Beinen in der Regel anfangs eine Herabsetzung der Schmerzempfindung und des Lagegefühls beobachtet wird. Letztere Störungen scheinen der Rumpfhypästhesie in der Regel zeitlich voraufzugehen.
3. Der Beginn am Rumpf entspricht gewöhnlich dem Versorgungsgebiet der mittleren Dorsalnerven; ihre Weiterverbreitung erfolgt meist ziemlich symmetrisch, in einer den Rumpf horizontal umgreifenden Zone, die sich nach oben und unten verbreitert und in characteristischer Weise über die Arme ausdehnt. Das gleiche zeigt sich dann im Lumbal- und Sacralgebiet; nur finden sich hier zwischen hypästhetischen noch normal empfindende Hautzonen; letztere sind auch noch lange im unteren Dorsalnervengebiet nachzuweisen.
4. Die Ausbreitung dieser tactilen Anästhesie ist eine bestimmt characterisirte; sie entspricht nicht dem Versorgungsgebiete der peripherischen Nerven, sondern dem der spinalen Wurzeln, resp. ihrer intramedullären Fasern. Dies lehrt ein Vergleich mit den sensiblen Störungen, welche nach Läsionen des Rückenmarks und der hinteren Wurzeln beobachtet sind (Thornburn, Head, Allen Star, Sherrington). Wenn nach den neueren Erfahrungen der pathologischen Anatomie die tabische Dege-

neration die intramedullären Fasern bestimmter Wurzelgebiete in verschiedenen Höhen des Rückenmarks betrifft, so ist dasselbe hiermit klinisch für die Mehrzahl der tactilen Hypästhesien nachgewiesen. Dass daneben noch Anästhesien anderer Art in Folge peripherischer Nervenerkrankungen auftreten können, wird hiermit nicht bestritten.

5. An den Grenzen der Hypästhesie und zwischen den hypästhetischen Zonen besteht meist eine ausgespsochene Hyperalgesie, speciell für Kältereize. Die Reflexerregbarkeit der Haut ist hier sehr lebhaft, dagegen in dem hypästhetischen Bezirk stark herabgesetzt oder ganz aufgehoben.
6. Sensible Reizerscheinungen sind eine sehr häufige, aber nicht regelmässige Begleiterscheinung der Anästhesie. Eine ausgesprochene Ulnarisdruckanalgesie scheint bei Tabes in der Regel schon mit anderen sensiblen Störungen im Ulnarisgebiet einherzugehen.
7. Diese tabischen Anästhesien sind als klinische Erscheinungen einer Erkrankung bestimmter spinaler Wurzelgebiete geeignet, über die peripherische Hautversorgung derselben weitere Aufschlüsse zu geben.

M. Edel.

---

184) **Buschan**: Myelitis auf traumatischer Basis.

(Aerztliche Sachverständigen Zeitung 1895 Nr. 21.)

Ein 46jähriger Handwerker aus gesunder Familie erlitt im März 1895 einen Sturz, der verschiedene Bewegungsstörungen, Contusionen, Parästhesien, Schmerzen etc. zur Folge hatte. Buschan untersuchte den Kranken im September und fand vor: Druckempfindlichkeit der linken Hinterhauptsgegend, Tremor der gesammten Körpermuskulatur, besonders der oberen Extremitäten und rechts, der bei psychischer Erregung zunimmt, Intentionstremor, Ueberwiegen der Anodenschliessungszuckung, Druckempfindlichkeit von der Brustwirbelsäule ab bis zu starker Druckschmerzhaftigkeit am letzten Lendenwirbel, gleichzeitige Erhöhung der sonst im Durchschnitt 100 betragenden Pulsfrequenz, schleppender, unsicherer scoliotischer Gang, Romberg's Zeichen, Fussclonus, kein Bauchdeckenreflex, Sensibilität am Rücken und Oberarm abgestumpft, Parästhesien, Impotenz, Zeichen psychischer Schwäche, emotionelle Incontinenz. Anamnestisch sind frühere Unregelmässigkeiten der Harn- und Stuhlentleerung zu bemerken. Das Gesichtsfeld ist eingeschränkt, Pupillenreaction träge, Patellarreflex etwas herabgesetzt.

An dem Zustandekommen des Leidens sind offenbar verschiedene Krankheitsprocesse betheiligt. Buschan stellte die Diagnose auf eine diffuse Myelitis traumatischen Ursprungs, eventuell complicirt mit einem disseminirten sclerotischen Processe. Ausserdem liegt vielleicht eine Compression des Rückenmarks durch eine sei es von dem Unfalle herrührende, sei es durch vom Marke fortgesetzte Wirbelerkrankung, vor. Daneben finden sich auch Zeichen einer coexistirenden posttraumatischen Neurose, auf deren Rechnung vielleicht ein nicht unbeträchtlicher Theil des gesammten Symptomencomplexes gesetzt werden darf.

Jentsch.

B. Psychiatrie.

1. Allgemeine Psychopathologie.

185) Näcke: Die Menstruation und ihr Einfluss bei chronischen Psychosen. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 1896, Heft 1.)

Die Beziehungen der Periode zu den Verbrechen werden zuerst kurz betrachtet, dann wird von ihrem Verhalten zu den Psychosen der Einfluss auf den Verlauf einer bestehenden Geistesstörung besprochen. Der allgemeinen Annahme gegenüber, dass ein solcher Einfluss die Regel ist, giebt Verf. an, dass er nur in allerdings bedeutendem Maasse bei acuten Psychosen stattfindet, nicht aber bei chronischen. Letzteres weist er an der Hand von sorgfältigen statistischen Untersuchungen bei 99 Frauen nach, wobei er nach Möglichkeit die Fehlerquellen ausgeschaltet hat. Von diesen Fällen gehörte der grösste Theil der Paranoiagruppe an, wovon die hallucinatorische Form stark prävalirte. Er geht zunächst auf das Verhalten der Menstruation als solche ein. Die Beobachtung derselben erstreckte sich meist auf 8—15 Menses. Es ergab sich, dass die Intermenstrualzeit in der grossen Mehrzahl ganz oder ziemlich regelmässig verläuft, ebenso auch die Periodendauer, und zwar geht häufiger als sonst die regelmässige und unregelmässige Zwischenzeit mit der gleichnamigen Periodendauer einher, woraus schon geschlossen werden kann, dass die unregelmässige Periodendauer vorwiegend dem Climacterium angehört. Die starke Blutung war entschieden am häufigsten vorhanden und fiel gleichfalls meist mit dem Climacterium zusammen. Begleitsymptome der Menses bei chronischen Psychosen schienen jedenfalls nicht häufiger als bei Gesunden zu sein. Wo die Regel fehlte, standen die Patienten mit wenigen Ausnahmen im Climacterium. Bei der weiteren Besprechung der wichtigeren Frage, ob die Menstruation einen deutlichen Einfluss auf den Gang der chronischen Psychosen habe, erscheint ihm ein Einfluss der Periode in höchstens 20 - 25 % bei seinen Kranken sicher vorzuliegen, in Uebereinstimmung mit Schlager und im Gegensatz zu Schröter und Schüle. Gewöhnlich wurden motorischer Drang und psychische Unruhe, meist während der ganzen Periodendauer bemerkt, die indessen nicht immer mit einander parallel liefen. N. hebt dann einige seltenere Erscheinungen dabei hervor. Die Hauptergebnisse der Arbeit sind daher die, dass 1. die Menstruation bei chronischen Psychosen im Allgemeinen nicht von der bei Geistesgesunden abweicht, und 2. dass ihr Einfluss auf den Gang des Leidens ein relativ geringer und dabei oft inconstanter war. Dass bei den acuten Psychosen die menstruelle Einwirkung viel häufiger ist als bei den chronischen, wird von ihm dadurch erklärt, dass bei letzteren eine Reaction auf Reize wohl in Folge von Atherom der Gefässe, aber auch durch geringere Empfänglichkeit des Gefässnervenapparats überhaupt, seltener und oberflächlicher aufzutreten pflegt als bei ersteren. Aber selbst wo ein Einfluss der Periode auf die Psychose stattfindet, frage es sich, ob ein ursächlicher Zusammenhang nothwendig angenommen werden müsse oder ob nicht vielmehr zwei Erscheinungen einer unbekannten Ursache vorliegen. Es sei klar, dass das Leben des geschlechtsreifen Weibes in einer Curvenform mit zwei Gipfeln und einer Depressionsphase verläuft, die sich somatisch durch die Menstrualblutung,

psychisch durch die verschiedenen Grade des „Unwohlseins" ausdrückt. Es sei nun sehr wahrscheinlich, dass dieser Cyclus durch Krankheiten, körperliche wie geistige, geändert werde. Dadurch liessen sich die Unregelmässigkeiten in der Periode ebenso wie solche in der Vertheilung des Blutes erklären, welches bald mehr nach den Genitalien, bald mehr nach dem Gehirn getrieben werde und damit Steigerungen der Begleiterscheinungen oder der psychopathischen Symptome bedinge. Fälle von stetem Einfluss der Menstruation auf die Psyche glaubt N. so auffassen zu dürfen, dass entweder in der Depressionsphase der Curvenhöhe der Krankheitsprocess als solcher eine Steigerung der Symptome herbeiführt, die mit den menstruellen Blutungen zusammenfällt, aber nicht von ihr abhängt, oder dass zu dieser kritichen Zeit beliebige innere oder äussere Reize sie erzeugen. Der Zukunft sei es vorbehalten, die cyclische Lebenscurve bei Geisteskranken zu studiren. **Max Edel.**

---

186) **G. Jlberg:** Die Geisteskrankheiten im Heere.
(Sonderabdruck aus den Grenzboten, 1895, Heft 19.)

Der für weitere Kreise bestimmte Artikel giebt eine Beleuchtung der verschiedenen psychischen Schädlichkeiten in den Feldzügen, an der Hand von Beobachtungen und Zusammenstellungen namentlich desjenigen von 1870/71. Besonders hervorgehoben werden die Traumen des Nervensystems, die Erschöpfungspsychosen, die dementia paralytica und Tabes, die epileptischen Zustände und die mannigfachen Neurosen, von denen ein Theil im Kriege oft eine typische Schattirung annimmt, als Nostalgie, als Schreckneurosen. Bei unseren heutigen Anschauungen kann man indess den Krieg für einen Theil der ihm zugeschriebenen Schädlichkeiten nur als Gelegenheitsursache bezeichnen.

Ilberg weist darauf hin, dass die im Kriege ausbrechenden psychischen Erkrankungen ganz besonders der Gefahr unterliegen, übersehen oder verkannt zu werden. Er erklärt es desshalb für wünschenswerth, dass die Officiere gelegentlich einen Ueberblick über die sie angehenden irrenärztlichen Dinge erhalten und zwar aus dem Grunde, weil sie ihre Leute in gesunden Tagen genauer kännten als die Aerzte. Uns will es scheinen, als ob für diese Angelegenheit besser gesorgt wäre, wenn von den Aerzten eine ausreichende psychiatrisch-neurologische Ausbildung verlangt würde, selbst dann, wenn die zuerst genannten Kreise der Frage mit dem entsprechenden Interesse gegenüberstehen sollten.

Dass man militärischerseits ohne Weiteres geneigt sein wird, auf die Discussion gewisser Capitel des Näheren einzugehen, welche wir bereits heute unter die leichteren Formen der Neurasthenie und Hysterie zu rechnen gewohnt sind, ist wegen der grossen Contagiosität dieser Affectionen und der enorm verbreiteten Disposition dazu wohl nicht zu erwarten.

Jentsch.

187) **Mingazzini** (Rom): Der psychische Zustand Lord Byron's. (Sullo stato mentale di Lord Byron.)
(Rivista sperimentale di freniatria XXI. p. 89—102.)

Eine geschmackvolle Verwerthung der 1883 erschienenen Biographie des englischen Dichters von Jeaffreson, die allerdings durch eine selbst-

ständige Beschäftigung mit den Schriften des Dichters noch gewonnen haben würde; von besonderem Intereese ist die eingehende Behandlung der Genealogie und der darin nachweisbaren schweren Belastung des Dichters. Mingazzini verzichtet auf den ihm aussichtslos erscheinenden Versuch, die vielfachen in Byron's Leben hervortretenden psychopathischen Erscheinungen auf eine bestimmte Formel zu bringen; er begnügt sich damit, in seinem Gefühlsleben die Züge des „déséquilibré“ aufzuweisen, hält es aber für nothwendig, zwei wesentlich verschiedene Perioden in seinem Leben zu unterscheiden.

Zwar erschiene die Labilität seines Gefühlslebens schon in den ersten 25 Lebensjahren, und zwar besonders als ein mit der Heftigkeit seiner Liebesneigungen merkwürdig contrastirender Wechsel in den Objecten derselben, aber die eigentlich degenerativen Tendenzen seiner Natur träten erst in der zweiten, viel kürzeren Hälfte seines stürmischen Lebens offen hervor, und zwar unter dem Einflusse chronischer Alcohol- und Opium-Vergiftung. Ein interessanter Umstand ist M. entgangen. Byron's erste ausgeprägte psychische Störung fällt in die ersten Monate seiner Ehe und führte zur Trennung von seiner Frau. Die veranlassende Ursache war aber, wie aus der Erzählung von Jeaffreson deutlich hervorgeht, eine von dem Dichter, dessen Eitelkeit unter seiner Fettheit litt, in unsinnigster Uebertreibung durchgeführte Entfettungskur, während welcher er fast nichts ass und den Hunger durch Opium beschwichtigte. Das ist ein interessanter Beitrag zur ätiologischen Bedeutung der Entfettungskuren in der Psychiatrie.

Kurella.

---

2. Specielle Psychopathologie.

188) **Mercklin**-Lauenburg in Pommern: Ueber das Verhalten des Krankheitsbewusstseins bei der Paranoia.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band 51.)

Ausgehend von Pick's Unterscheidung zwischen Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht, die er treffend findet, bringt M. mehrere Fälle von Paranoia bei, deren Eingangsstadium diese Erscheinungen zeigten. Beide zusammen fallen unter den Begriff des Krankheitsbewusstseins. Im Anfang der Krankheit fehlen Hallucinationen, fehlen systematische Wahnideen. Der Kranke beobachtet an sich, wie er im Begriff ist, solche zu fassen und neue daran anzuschliessen; dazu kommen allerhand körperliche Sensationen, und es wird in dem Kranken der Gedanke erweckt, dass er in eine Geisteskrankheit verfallen könnte. Vornehmlich diese körperlichen Leiden sind die Ursache des Krankheitsgefühls, die Krankheitseinsicht aber besteht darin, dass der Kranke die Wahnideen, die er im Begriffe steht zu machen, als etwas Krankhaftes erkennt, dass er sich noch sagt, „dies kann ja nicht so sein“, kurz, dass er noch einer Kritik fähig ist, die allerdings von den sich immer neu herzudrängenden Wahnideen sehr bald überwältigt wird. Solche Wahnideen, die noch als krankhaft erkannt werden, will Verf. „mobile“ genannt, aber nicht mit Zwangsvorstellungen identificirt wissen, wie dies Tuczek und Cramer thun. Warum er diese Identification nicht wünscht, ruht unausgesprochen in dem Ausdruck, „eine gewisse Krankheitseinsicht“, den Verf. auf Seite 584, Zeile 8 thut, er meint nämlich, dass dieser Kankheitseinsicht diejenige Objectivität fehle, die bei den

Zwangsvorstellungen besteht. Man kann an den 4 Fällen, die Verf. anführt, leicht bemerken, wie wenig Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht von einander abgegrenzt sind und wie man in keinem dieser Fälle rein nur eines, sondern stets ein Stück vom andern mit in der Hand hat. Keiner der Kranken sagt „ich bin krank", sondern sie glauben nur, dass sie krank werden könnten. Das ist aber keine Krankheitseinsicht. Ueberhaupt ist dieser letztere Ausdruck eine contradictio in adjecto, ähnlich wie „Monomanie" und dergleichen. Wolff (Münsterlingen).

---

189) **Chr. Rauch** (Görlitz): Ueber die Amok-Krankheit bei den Malayen. (Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 19.)

R. glaubt nicht, dass die Auffassung von Ellis zutrifft, wonach der Amokparoxysmus als psychische Epilepsie aufzufassen ist, obgleich das Bild allerdings der Epilepsia psychica sehr ähnlich sei. Das relativ häufige Vorkommen der Krankheit, die Beschränkung auf die malayische Rasse, das epidemische Auftreten resp. die zeitweise epidemische Ausbreitung in bestimmten Gegenden scheint nach R. vielmehr darauf hinzuweisen, dass eine Art suggestiver Beeinflussung oder initiativer Wirkung der Suggestion zu Grunde liegt, wie bei den ähnlichen epidemischen Psychopathien anderer Rassen (Jumping in Nordamerika, Miriachit in Sibirien, Mali-mali bei den Tagalen Manilas und Latah bei den Malayen). Van Brero zieht auch die Suggestion zur Erklärung heran und bezeichnet die Latah (bahtschi der Siamesen) als provocirte imitatorische impulsive Myospasie. Wie Dr. Frankfurter vom Auswärtigen Amt in Bangkok dem Verf. mittheilte, entsteht übrigens der hysterische Zustand des bah-tschi nur bei körperlicher Berührung und dauert so lange als die körperliche Berührung anhält.

Hoppe.

190) **P. C. Z. van Brero**-Buitenzorg (Java): Ueber das sogenannte Latah, eine in Niederländisch-Ostindien vorkommende Neurose. (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 51.)

Nach Verfasser versteht man in Indien unter Latah ein Krankheitsbild, wobei der Kranke wider seinen Willen Bewegungen ausführt, die begleitet sind von unzusammenhängenden Lauten und Wörtern. Meist sind es junge einheimische Frauen, die davon befallen werden. Ursache dazu geben Bewegungen, Befehle, auch wohl blosse Blicke anderer Leute. Auch Schrecken ruft die Erscheinungen hervor. Die Kranken sind sich des Leidens bewusst; auch fand Verf. nicht, dass sie sonst mit Hysterie oder Epilepsie behaftet waren, nur dass Alle leicht zu erschrecken seien. Wie man dort täglich auf der Strasse Fälle von Latah an Frauen beobachten kann, bemerkt man auch, dass Nachahmung eine grosse Rolle dabei spielt und sie sich gegenseitig anstecken.

Nach Hammond kommt die Krankheit auch in Sibirien vor, speciell in Irkutsk, „Miriachit" genannt; auch in Britisch-Indien. Bei den Lappen hat Högström ähnliche Erscheinungen beobachtet.

Unbekannt ist der Einfluss des „latah sein" auf Entstehen von Psychosen. Verf. weiss nur von 3 Fällen, die sich in der dortigen Anstalt befinden, bei 2 Patienten ist die Psychose periodisch. Verf. meint, bei dem so häufigen Vorkommen der Krankheit sei zu schliessen, dass dieselbe durch hinzutretende Psychose in den Hintergrund gedrängt wird.

Folgen 8 beschriebene Fälle von Latah.

Verf. verlegt den Sitz des krankhaften Processes in die Hirnrinde und sucht die Erklärung in einem Verlust des Willenseinflusses, oder vielmehr einer angeborenen Schwäche desselben, vermöge deren solche ungewünschte Handlungen und Worte nicht unterdrückt werden können, sondern in der Art eines Reflexes von Statten gehen. Die Eingeborenen besitzen ein labiles Nervenleben und sind, da sie stets als Unmündige betrachtet wurden, auf einer niederen Stufe von Characterbildung stehen geblieben. Diese beiden Factoren sind nach Verf. die Grundursachen, warum sich in dem Völkchen kein kräftiger Wille bilden konnte.

Wolff.

---

191) **Gilbert Ballet** et **F. L. Arnaud:** Délire systématisé des grandeurs sans affaiblissement intellectuel notable chez un vieillard de quatre-vingt ans passés.

(Annales médico-psychologique 1895, p. 161 ff.)

Die Verfasser beschreiben einen Fall von Dementia senilis (manische Form). Wohl in Folge des beschleunigten Vorstellungsvermögens, der grossen Unternehmungslust und der ausserordentlichen litterarischen Fruchtbarkeit des den gebildeten Ständen angehörigen Patienten haben sie die Abschwächung der geistigen Fähigkeiten, die sich besonders auf dem Gebiet des Urtheils zeigte, übersehen.

Georg Ilberg-Sonnenstein.

---

192) **A. Cullerre:** De la démence paralytique dans la race nègre.

(Annales médico-psychologique 1895, p. 220 ff.)

Während früher Geisteskrankheiten bei den Negern nicht so häufig vorkamen, hat man in den letzten Jahren eine erhebliche Zunahme derselben, namentlich auch der Paralyse beobachtet. Berkley (Berichte über das John Hopkins-Hospital, Baltimore 1894) will das häufigere Vorkommen der letzteren dadurch verursacht wissen, dass der Neger nach Aufhebung der Sklaverei im selbstständigen Kampfe um das Dasein mit Sorgen und Schwierigkeiten weit mehr zu thun hat als zuvor; der Syphilis erkennt er nur einen geringen ätiologischen Werth zu. Cullerre wendet sich gegen diese Unterschätzung der Syphilis in ätiologischer Hinsicht und behauptet, dass die Syphilis, auch wenn man beim Paralytiker keine luetische Affection finde, darum nicht auszuschliessen sei, die Paralyse sei eine Nebenerscheinung der Syphilis, eine parasyphilitische Affection. Zu bemerken ist noch, dass sich bei allen von Berkley berichteten Fällen auch eine mehr oder weniger ausgebildete Arteriosclerose fand.

H. Kauffmann-Sonnenstein.

---

193) **Fränkel** (Dessau): Ein Fall von circulärer Form der progressiven Paralyse.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 23.)

Der 43jährige Patient erkrankte Anfang 1875 mit einem ausgesprochenen melancholischen Stadium. Nach 6 Monaten völlige Beruhigung und Klärung. Die anscheinende Genesung hielt 4 Wochen an. Dann maniakalisches Stadium wechselnd mit Depressions-

zuständen. Am 13. April gebessert entlassen, $5^1/_2$ Monate langes Wohlbefinden.

Darauf ein ca. 4monatliches Stadium täglichen Wechsels von heiterer Erregung (mit Grössenideen) mit tiefer Depression (und melancholischen resp. hypochondrischen Wahnvorstellungen). Dann mehrere Monate lang andauernde maniakalische Stimmung mit expansiven Wahnvorstellungen (nur wenige Wochen unterbrochen durch ein Stadium täglichen Stimmungswechsels). — December 1877 allmählige Beruhigung, die im Januar 1878 zu völlig ruhigem und geordnetem Verhalten fortschritt. Darauf 4monatliches Stadium hochgradiger Unruhe mit maasslosen Grössenvorstellungen, Zerstörungssucht.

März und April 1879 wieder täglicher Stimmungswechsel, darauf wieder 2 Monate lang tiefe Depression mit hypochondrischen Ideen. Eine gewisse Beruhigung im Juli (Körpergewicht 140 Pfd.) führt schliesslich in das Endstadium der Paralyse mit heiterer Demenz und zunehmenden motorischen Störungen. Schliesslich nach wiederholten epileptischen Anfällen Tod durch Pneumonie. — Gesammtdauer der Krankheit $5^1/_2$ Jahre.

Aus dem Sectionsbefund hält F. für beachtenswerth die frühzeitige Verwachsung der Pfeilnaht, Adhäsion der Dura, sclerotische Stellen an der 3. Stirnwindung und den Commissuren, atheromatöse Entartung der Gefässe, starke Verdickung und milchweise Trübung der Pia, Ependymgranulation.

Hoppe.

---

194) **Bresler** (Freiburg i. Schl.): Ein Fall von infantiler progressiver Paralyse.
(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 23.)

Der Fall betrifft ein $13^1/_2$jähriges Mädchen mit hereditärer Belastung (Mutter, einige Geschwister derselben und Grossmutter geisteskrank), welches im Beginn des 12. Lebensjahres erkrankt sein soll, doch schon geraume Zeit vorher als störend und nicht weiter bildungsfähig aus der Schule entlassen worden ist. Vor einem Jahre leichte Chorea.

Bei der Aufnahme blöde, ängstlich und abweisend. Geringer Wortschatz, zeitlich und örtlich unorientirt, theilnahmlos. Rechtsseitige Facialisparese. In der Folge zunehmende Stumpfheit und körperliche Schwäche, motorische Unruhe bei Bewusstseinstrübung, unwillkürliche Defæcation. Im Beginne des 3. Monats nach der Aufnahme mehrere tonische und clonische Krämpfe, 6 Tage darauf exitus letalis unter Zeichen allgemeiner Hirnlähmung.

Die Section ergab den klassischen Befund der Paralyse: Starke Trübung und Oedem der weichen stellenweise schwer abziehbaren Haut, hochgradige Atrophie der Windungen, Ependym besonders des 3. und 4. Ventrikels stark granulirt.

Als auffällig bezeichnet B. in diesem Falle den Beginn mit choreatischen Erscheinungen, den Mangel einer articularischen Sprachstörung und die bei den Krämpfen beobachtete gekreuzte alternirende Deviation der Bulbi. Der Befund der Leber (vergrössert mit gelben nicht circumscripten Flecken auf der Schnittfläche) liess den Verdacht auf hereditäre Lues aufkommen.

Hoppe.

---

195) **L. W. Dodson** (New-York): A wellmarked case of Kahlbaum's so called Katatonia.

(The Medic. Rec., 6. Juli 1895.)

Der Fall betrifft einen 24jährigen Arbeiter, der folgende characteristischen Symptome bot: Schleichender Beginn mit Melancholie und systemlosem Verfolgungswahn, deutlicher Widerstand gegen passive Bewegungen, plötzliche spasmodische Contractionen der Extensoren mit Opisthotonus, athetoide Bewegungen der Gesichtsmuskeln, hartnäckiges Schweigen abwechselnd mit einförmigem Ausstossen profaner Worte, plötzliches, wahrscheinlich durch Hallucinationen veranlasstes Aufschreien, Bulimie, Pseudopathos, mehr anscheinende als wirkliche Melancholie, gewisse hysterische Elemente in allen Symptomen.

Voigt.

---

196) **Peeters** (médecin-directeur de la colonie de Gheel): La foli paralytique. — Conférence donné à la „réunion scientifique" à Arovers.

(Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique, Juni 1895.)

Die ausgezeichnet klare und verständig geschriebene kurze aber ziemlich umfassende Darstellung des Krankheitsbildes und Krankheitsverlaufes bietet für den Fachmann nichts Neues. Besonders dankenswerth ist die Hervorhebung der gerichtlich medicinischen Bedeutung des Prodromalstadiums.

P., welcher das Wesen der Krankheit in einem chronischen Congestionszustand des Gehirns sieht, sucht die Remissionen durch eine Verringerung resp. durch Verschwinden des Congestionszustandes zu erklären. Dementsprechend verwerthet er für die Aetiologie der Paralyse alle die bekannteren Momente, welche zu Congestionen führen. Nach P. spielt daher der Missbrauch alcoholischer Getränke die Hauptrolle in der Aetiologie dieser Krankheit. P. sucht wunderbarer Weise eine Stütze für seine Ansicht in der Aehnlichkeit, welche die einzelnen Stadien der Trunkenheit mit den Stadien der Paralyse haben. Die Zunahme des Alcoholismus soll nach ihm auch die Ausbreitung der Paralyse im letzten Jahrhundert erklären. Ob die Ursache dieser Erscheinung nicht viel mehr darin zu suchen ist, dass das Krankheitsbild erst seit einigen Jahrzehnten genauer abgegrenzt ist und die Kenntniss dieser Krankheit, sowie die Sicherheit der Diagnose von Jahr zu Jahr steigt? Auch der Tabaksmissbrauch spielt in Folge der Gehirncongestionen, die er hervorruft, nach P. eine ähnliche Rolle bei der Paralyse wie der Alcohol. Ebenso erklärt P. die Fälle von Paralyse nach Sonnenstich (? Ref.) und nach Gehirntraumen. Die Bedeutung der Syphilis dagegen scheint P. nicht oder nur soweit anerkennen zu wollen, als sexuelle Excesse die alcoholischen zu begleiten pflegen und zu Gehirncongestionen führen. Mit grösserem Recht weist P. auf die allgemein anerkannte Bedeutung der Ueberarbeitung hin, die besonders dann deletär wirkt, wenn ihr, wie so häufig, statt der nothwendigen Erholung die sogenannten gesellschaftlichen Vergnügungen folgen, welche nur Strapazen anderer Art darstellen.

Hoppe.

197) **Garnier** et **Vallon**: Ataxie locomotrice et folie simulées.

(Arch. de Neurol. 1896, Nr. 107.)

G. und V. hatten ein 53jähriges Individuum, Del., früher Krankenwärter, in foro zu begutachten, dessen angebliche plötzliche Heilung von

schwerer Tabes in Lourdes vor mehreren Jahren allgemeines Aufsehen erregt hatte und auch in dem gleichnamigen Roman von Zola Erwähnung gefunden hat. Del. war dann viermal als Alcoholist in Anstalten gewesen und stand jetzt wegen Diebstahls unter Anklage. Er behauptete von der ganzen Strafthat nichts zu wissen und bot eigenartige Störungen des Ganges dar, die an Tabes erinnerten. Die Begutachter wiesen im Einzelnen nach, dass Del. weder jetzt noch jemals an Tabes gelitten hat und dass auch die angeblich bestehende Amnesie simulirt ist; ob Del. früher thatsächlich geisteskrank war, erscheint ebenfalls fraglich. — Er wurde als nicht geisteskrank zu mehrjähriger Gefängnissstrafe verurtheilt.

Falkenberg-Lichtenberg.

198) **C. Werner** (Owinsk): Gutachten über einen reinen Fall von Irresein mit Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen.

(Vierteljahrsschr. f. ger. Med., III. Folge, IX. Bd., 2. H., 1895.)

Es handelt sich um einen stark belasteten 24 Jahre alten Kaufmann, dessen Vater in einer Irrenanstalt gestorben ist, während 2 Brüder an vorübergehenden Störungen litten. Nachdem er wegen seines sonderbaren Verhaltens schon früher aufgefallen und ärztlich behandelt worden war, kam er wegen Diebstahls, Urkundenfälschung und Unterschlagung in Untersuchung. Die gestohlenen zum Theil werthlosen Gegenstände fanden sich sorgfältig geordnet und mit Datum versehen in seiner Wohnung vor. Ein gleiches Delict wurde bereits früher verübt. Nach seiner eigenen Angabe kam eine Sucht über ihn, etwas wegzunehmen. Der Begutachter bezeichnet den Fall als „instinctives Irresein mit Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen".

Pollitz (Brieg).

199) **Fritz Strassmann** (Berlin): Casuistische Beiträge zur Lehre von den epileptoiden Zuständen.

(Vierteljahrsschr. f. ger. Med., III. Folge, X. Bd., 1. H., 1895.)

1. Der erste der mitgetheilten Fälle enthält die Vornahme eines Mordversuchs gegen das eigene 2jährige Kind Seitens der in epileptischem Dämmerzustand befindlichen Mutter. Dieselbe hatte versucht, ihr Kind durch Aufgiessen von ad hoc entwendetem Chloroform zu tödten, unter der melancholischen Motivirung, dasselbe nicht ernähren zu können. Nach der That apathisch und stumpf, räumt sie ihre Handlung ohne Reue ein, schläft im Polizeibureau ein, für den aussagenden Polizeiwachtmeister natürlich ein offenkundiges Zeichen der Simulation. Während der Untersuchungshaft treten coincidirend mit der Periode Krämpfe ein, die die Diagnose auf epileptische Bewusstseinsstörung unzweifelhaft machten. Die Kranke wurde ausser Verfolgung gesetzt.

2. Wiederholte Exhibition in epileptischen Zuständen. Ein bereits wegen Sittlichkeitsvergehen bestrafter Bildhauer wird, seinen Geschlechtstheil in der Hand haltend, in einem Hausflur betroffen. Von hier verscheucht, geht er in andere Häuser, um die Manipulationen mit seinem Gliede fortzusetzen; später wird er auf einem Bürgersteig in entsprechender Situation arretirt. Dabei fiel er durch stieren Gesichtsausdruck und starkes Schwitzen auf. Auf der Wache fehlt ihm jede Erinnerung an die ihm zur Last gelegten Handlungen.

Patient ist 54 Jahre alt, seine Mutter litt an Krämpfen, er selbst als Kind an Bettnässen, nicht an Krämpfen; er war Soldat, hat 2 gesunde Kinder. Auffallend ist der anormale lange Schädel. Das Gutachten nimmt an, dass die Handlung im Zustande epileptischer Verwirrtheit und ohne Bewusstsein begangen wurde. Es erfolgte Freisprechung.

3. Wiederholte Sachbeschädigung im epileptischen Zustande.

Der Angeklagte wurde abgefasst, während er einer Dame Tinte über das Kleid schüttete; des gleichen Vergehens hatte er sich bereits in 5 Fällen schuldig gemacht. Angeschuldigter ist mütterlicherseits belastet, in der Jugend Bettnässen und Kopfverletzung, später starke Kopfschmerzen, hochgradige Intoleranz gegen Alcohol und Tabak, dabei Arbeit in einer heissen Küche. Ein Motiv für seine Handlung hat er nicht, obgleich er Mangels eines Besseren bei der ersten Vernehmung den Antisemitismus als solches vorgab Das Gutachten nahm in Uebereinstimmung mit einem zweiten Begutachter traumatische Epilepsie, die durch die Thätigkeit in der Hitze gesteigert sei, und daraus resultirende Dämmerzustände an.

Nach dem Antrage des Staatsanwaltes wurde der Angeklagte nichtsdestoweniger zu 4 Wochen Gefängniss verurtheilt.

4. Diebstahl im epileptischen Stupor.

Dieser Fall bietet wenig Bemerkenswerthes. Eine motorisch epileptische Person hatte einige werthlose Dinge während eines Dämmerzustandes an sich genommen, die ihr sofort wieder abgenommen wurden. Die Begutachtung der bereits dementen Kranken konnte keine Schwierigkeiten machen.

Pollitz.

---

200) **Schäfer** (Lengerich): Determinismus und Zurechnungsfähigkeit mit drei Gutachten über Exhibition.

(Vierteljahrsschr. f. ger. Med., III. Folge, X. Bd., 1. H., 1895.)

In der Einleitung wendet sich Schäfer gegen den im Paragraph 51 des St.-G.-B. festgelegten Begriff der freien Willensbestimmung, indem er für Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit und Abschaffung des Begriffs Indeterminismus eintritt. Zur Unterstützung seiner Ansicht citirt S. u. A. Lombroso, während er sich entschieden gegen Sommer's Ausführungen auf dem Dresdener Congress (1894) wendet, der die Willensfreiheit nur „im Interesse des Staates“ und wegen der „absurden“ Folgen, die der Determinismus nach sich ziehen würde, aufrecht erhalten will. Die endogenen Verbrechernaturen Sommer's stellt S. auf eine Linie mit den originär Schwachsinnigen.

Zur Illustration folgen 3 Fälle geminderter Zurechnungsfähigkeit.

Fall I. Ein Beamter onanirte in Gegenwart kleiner Mädchen. Derselbe ist — wie es in den Schlusssätzen des Gutachtens heisst — ein geistig und körperlich zugleich schwächlicher und reizbarer Mensch, der zudem an den Anfangserscheinungen der Tabes dorsalis leidet und daran schon zur Zeit der Strafhandlungen litt.“ „. . . . Man muss folgern, dass die freie Willensbestimmung des Angeklagten zur Zeit der Strafhandlungen im Sinne des Gesetzes nicht ausgeschlossen, aber doch beschränkt war.“ Unter Annahme mildernder Umstände erfolgte Verurtheilung zu 1 Jahr Gefängniss (!). Schäfer glaubt, dass er, abgesehen von der zweifelhaften Tabes, „das Pathologische in ihm eher überschätzt als unterschätzt habe“.

II. Fall, Richard W., Student, schwer belastet, frühzeitig moralisch verkommen, masturbirte in Gegenwart kleiner Kinder. Das umfangreiche Gutachten Schäfer's kommt zu dem Ergebniss, dass „bei dem Angeklagten die freie Willensbestimmung krankhaft beschränkt, aber nicht ausgeschlossen war". „W. wurde wegen zweier erwiesenes Aergerniss erregender Handlungen unter Anrechnung eines Monats als Aequivalent für die Einwirkung der Krankheitsmomente zu 3 Monaten Gefängniss verurtheilt." „Das war — fügt S. hinzu — „zweckmässiger, als wenn man ihn auf unbestimmte Zeit in eine Irrenanstalt gebracht hätte". Das Kgl. Medicinal-Collegium erklärte übrigens, dass bei W. die freie Willensbestimmung ganz ausgeschlossen sei.

Fall III. Der Bergmann K., der in früheren Jahren eine Kopfverletzung erlitten und stark getrunken hat, ist bereits zweimal wegen zahlreicher Sittlichkeitsvergehen (Entblössen des Gliedes in Gegenwart von Frauenspersonen) zu längerer Gefängnissstrafe verurtheilt worden. Einer dritten Anklage liegen 23 derartige Vergehen zu Grunde. Keine somatischen Zeichen für Paralyse, dagegen subjective Klagen über Ameisenkriechen, Druck in der Magengegend, Schmerzen im Rücken, Abnahme der Potenz, keine grobe Störung der Intelligenz. Das Gutachten kommt zu dem Ergebniss, dass die Kriterien des § 51 nicht vorhanden sind, dass K. jedoch un g wöhnlich lebhaften sexuellen Antrieben ausgesetzt ist, und dass er im Wideerstande gegen diese Antriebe durch eine gewisse nervöse Schwäche beeinträchtigt wird." Danach verdient „eine gewisse reizbare Schwäche des Nervensystems bei Beurtheilung seiner Vergehen berücksichtigt zu werden." (Nach Ansicht des Referenten handelt es sich bei K. um die bei Alcoholisten so häufige Depravation, die mit Vorliebe zu sexuellen Delicten führt, dazu kommt als wichtiges Moment ein schweres Kopftrauma!)

Die an die erwähnten Fälle angeschlossenen Betrachtungen über die Willensfreiheit, ihre forensische Auffassung über das Bewusstsein und den Ichbegriff kann in einem kurzen Referat nicht erörtert werden. Wir verweisen auf das Original und auf frühere Arbeiten des Autors über das gleiche Thema (cfr. V. f. g. Med., Jahrgang 1884|85, „Der Gerichtsarzt und die freie Willensbestimmung"). Pollitz.

---

201) **L. Bianchi**: Validità contestata del testamento di un suicida. Perizia psichiatrica.

(Estratto dal Giornale di Medicina legale. Anno II, fasc. IV. Lanciano 1895.)

24jähriger Neuropath, seit Jahren excentrisch, melancholisch, zur Isolirtheit und zum Selbstmord geneigt, suicidirt sich aus tædium vitæ. Vor seinem Ende vermacht er einem Mädchen, mit welchem er erst in den letzten Tagen einen bedeutungslosen Briefwechsel angeknüpft hatte, eine namhafte Summe. Das Testament wird von seinen Verwandten angefochten, da der Testant in geisteskrankem Zustande gehandelt hatte.

Bianchi's Gutachten schliesst sich dieser Anschauung an: Das Vermächtniss sei nicht als das Product einer normalen Liebe aufzufassen. Der erwähnte briefliche Verkehr habe dem Kranken in den letzten Tagen lediglich eine gewisse Erleichterung gewährt. Das Legat sei vielmehr der Ausdruck des dem Melancholischen innewohnenden pathologischen Schuld-

oder Verpflichtungsbewusstseins, welches sich durch diesen Schritt zu entlasten strebte. Hiermit wird auch der Wortlaut des Schriftstückes in Uebereinstimmung gebracht, in welchem von einem „atto di benificenza" die Rede ist, eine Ausdrucksweise, welche für die Erbin im Grunde etwas Verletzendes an sich hat. Jentsch.

3. Therapie und Anstaltswesen.

202) **Bourneville:** Trois cas d'idiotie myxœdémateuse traités par l'ingestion thyroïdienne.

(Arch. de Neurol. 1896, Nr. 107.)

Bourneville, der schon früher Versuche mit Schilddrüsentherapie ohne wesentlichen Erfolg gemacht hatte, berichtet über 3 Fälle von Idiotie mit Myxödem, denen er längere Zeit Hammelschilddrüse per os gegeben hatte. Während er früher Schilddrüsenextract innerlich oder Schilddrüsensaft subcutan verabreicht hatte, gab er jetzt seinen 3 Idioten, die im Alter von 14, 20 und 30 Jahren standen und bei denen keine Thyreoidea nachzuweisen war, ca. 4 Monate hindurch $^1/_2$—1 ganzen Lappen, d. h. ca. 1—2 gr frischer Hammelschilddrüse per os und erzielte dadurch wesentliche Besserung: die myxödematöse Schwellung ging zurück, die Runzeln im Gesicht verschwanden, die Haut schuppte ab und wurde weich und geschmeidig, die Bewegungen wurden schneller, der Gang elastischer; auf geistigem Gebiet trat eine grössere Lebhaftigkeit hervor, die alte Stumpfheit wich, der Gesichtsausdruck wurde lebendiger, die Kranken zeigten mehr Interesse und Initiative als früher. Von Nebenerscheinungen, die zeitweise so bedrohlich wurden, dass die Behandlung für einige Tage unterbrochen werden musste, traten auf: Temperatursteigerung bis über 38, profuse Schweisse, Tachycardie, Zittern am ganzen Körper, Erbrechen, grosse Mattigkeit und Hinfälligkeit. Das Körpergewicht sank zuerst relativ rasch, um sich dann während der weiteren Behandlung auf derselben Höhe zu halten.

Falkenberg-Lichtenberg.

203) **S. Reinhold** (Freiburg): Weitere Mittheilungen über Schilddrüsentherapie bei kropfleidenden Geisteskranken.

(Münchener med. Wochenschr. 1895, Nr. 52.)

R. hält den therapeutischen Werth der Schilddrüsenfütterung auf Grund der von Emminghaus und Bruns gewonnenen Resultate für gesichert. Um die nach jeder Richtung weitaus bequemeren Trockenpräparate von Burroughs, Wellcome und Co. (Dry Thyreoid Gland à 5 gr = 0,3 gr) und E. Merck (Tabulæ Thyreoidini siccati à 0,1 gr) auf ihre Wirksamkeit zu prüfen, wurden neuerdings an der psychiatrischen Klinik Freiburg Versuche angestellt. Die Behandlung erstreckte sich in der überwiegenden Anzahl der Fälle auf die Dauer von 6 Wochen. Kropfleidende, vorzüglich mit functionellen Psychosen behaftete Kranke wurden ihr unterworfen.

Was die Strumen anbelangt, so zeigte sich auch bei dieser Art der Medication die specifische Wirkung auf Parenchymkröpfe.

Das Verhalten des Körpergewichts entsprach den bei der Schilddrüsentherapie gemachten Erfahrungen. In fast allen Fällen konnte eine deutliche Abnahme desselben constatirt werden.

Der Verlauf der Psychosen wurde anscheinend in keiner Weise beeinflusst. Auch von der durch längere Zeit fortgesetzten Darreichung der Tabletten sei in dieser Richtung nichts zu erhoffen, gerade so, wie auch die specifische Wirkung der Schilddrüsensubstanz auf Strumen sich schon sehr bald zu erkennen giebt und in nicht allzu langer Zeit ihr Maximum erreicht. Eine Dickenzunahme des Halses nach Aussetz n der Thyreoideabehandlung wurde nur in einem Falle beobachtet; R. sucht den Grund dafür in der allgemeinen beträchtlichen Steigerung des Körpergewichts.

Störende Nebenwirkungen sollen dem Mittel nicht zukommen; ein Kranker mit ausgesprochener Aorteninsufficienz hat dasselbe vollständig gut vertragen. Blachian (Werneck).

---

204) **Spaink**: Gynækologische Therapie bei Neurosen und Psychosen. (Individualiseeren.)

(Psychiatr. Bladen XII, 4.)

Eine lange oratio pro domo. S. hat Heilung von Zwangsvorstellungen eintreten sehen, nachdem er die Ovariotomie bei der Kranken veranlasst hatte. Vielfach desshalb angegriffen, rührt er mit viel Geist, Plädirkunst und Belesenheit die alte Frage wieder auf. Der Referent geht mit einem „non liquet" aus der Lectüre hervor; eine Probe der Argumentirweise S.'s ist folgende Stelle: „Eins von zwei Dingen geschieht; die Patientin mit sogenannten hysterischen Klagen consultirt entweder den Gynækologen oder „wegen ihrer Nerven" den Neurologen. Im ersten Falle ist die Sache bald klar; locale Untersuchung in mehr oder weniger tiefer Narkose lehrt die Abweichung oder Schmerzhaftigkeit kennen, und damit, was therapeutisch zu thun ist. — Im zweiten Falle ist das Resultat: Nicht untersuchen und sie hysterisch taufen. Und wenn die Neurose zur Psychose auswächst, stets das kranke Organ negiren? Dann die Patientin mit Eisen, Jodkali, freier Luft, Isolirung, Hypnose, Suggestion, Leberthran, Mäusedreck und Coriander behandelt, um es am Ende gehen zu lassen, wie's Gott gefällt." Die zweite Alternative, dass nämlich das Resultat der Consultation des Neurologen ist: Nicht untersuchen — ist in dieser naiven Allgemeinheit wahrhaft klassisch. Und wenn die Migräne und die hysterische Verstimmung nach der Ovariotomie toller wird, wie bei einer voriges Jahr castrirten, jetzt von mir mit Erfolg suggestiv behandelten Dame, was dann, College Spaink?

Kurella.

---

205) **A Lui** (Brescia): Neuere Methoden der Epilepsiebehandlung. (Sopra alcuni recenti trattamenti dell'epilessia.)

(Rivista sperimentale 1895, XXI, p. 364.)

Versuche mit der Methode Flechsig's: Das Opium hat einen nicht völlig bestimmten Einfluss auf das Auftreten der Anfälle, während nach dieser Vorbereitung die Substitution des Broms ihr unmittelbares Verschwinden für eine variable Zeit herbeiführt und im Allgemeinen auch später die Dauer und Häufigkeit der Anfälle selbst sehr wohlthätig beeinflusst.

An 10 weiteren Fällen Versuche nach v. Bechterw: Stets günstige Erfolge — theils Suspension, theils Minderung der Dauer und Intensität der Anfälle.

Ein Einfluss auf die Anfälle von Amenz und auf die epileptische Verstimmung war bei beiden Methoden nicht zu erkennen.

Kurella.

206) **Pellizzi:** Die Adonis-Brom-Therapie der Epilepsie. (L'Adonis vernalis associato ai bromuri alcalini nella cura dell'epilessia,)

(Annali di freniatria, Turin 1895.)

25 Fälle, in keinem völliges Aufhören der Anfälle, in den meisten Fällen Wirkung proportional der Brommenge; kaum einmal eine Andeutung einer Verminderung der Anfalls-Frequenz; in einigen Fällen ausgesprochene Intoleranz.

Kurella.

---

207) **Guicciardi** (Reggio): Bechterew's Epilepsiebehandlung. (Il liquido di Bechterew nella cura dell accesso epilettico.)

(Riv. sperim. 1895, XXI, p. 371)

Sechsmonatliche Anwendung des Mittels in 3 Fällen; Ergebniss: Das Mittel v. B.' s heilt die Epilepsie nicht, coupirt und verringert auch die Anfälle nicht mehr, als Brom; es wirkt entsprechend seinem Bromgehalt; Nebenwirkungen fehlen, der Bromismus ist geringer als sonst; es kann ohne Nachtheile lange Zeit hindurch gegeben werden; es hat dieselben Indicationen wie Brom, verdient aber vor einfachen Bromalkalien-Lösungen den Vorzug, wenn eine allgemeine oder Herzschwäche zu heben ist.

Kurella.

---

208) **Oscar Scheffler** (Allenberg): Die Nahrungsverweigerung der Irren und ihre Behandlung.

(Leipziger Dissertation, October 1895.)

Die Abhandlung giebt eine dankenswerthe und bei aller Kürze eingehende Zusammenfassung alles Wissenswerthen über die Nahrungsverweigerung, theoretische und practische Details, die man sich bisher mühsam aus der Litteratur zusammensuchen musste.

S. behandelt nacheinander die Aetiologie, Symptomatologie und Behandlung der Nahrungsverweigerung

Bei der Therapie behandelt S. ausser der allgemeinen therapeutischen Massnahme (sofortige Unterbringung in eine Irrenanstalt, Bettruhe, Reinhaltung des Mundes, regelmässige Rectal-Irrigation, Behandlung eines etwaigen Magencatarrhs, psychische Beeinflussung) die eigentlichen Behandlungsmethoden der Nahrungsverweigerung, die abwartende „negative“, welche mit Darbietung besonders appetitlich aussehender und riechender Speisen in einem Einzelzimmer verbunden wird und die zwangsmässige Beibringung von Nahrungsmitteln. Die exspectative Methode muss nach S. aufgegeben werden, wenn der Gewichtsverlust 10% des Körpergewichts erreicht hat. Im Allgemeinen wird man dem zustimmen können. Referent möchte nur dazu bemerken, dass nach seinen Erfahrungen die verständige Durchführung der exspectativen Methode fast stets zum Ziele führt. Während früher immer Fälle vorkamen, wo gefüttert werden musste, hat er in den letzten Jahren auf der Allenberger Männerabtheilung nicht in einem einzigen Falle die Sonde anzuwenden nöthig gehabt.

Von den Massnahmen zur zwangsweisen Beibringung von Nahrungsmitteln erwähnt Verf. zunächst die hypodermatische Injection von Olivenöl, Eisenalbuminat u. a. und die subcutane Infusion von physiologischer Kochsalzlösung Ref. hat in einem Falle von Inanition, der allerdings nicht durch Nahrungsverweigerung, sondern durch ein Oesophaguscarcinom bedingt war, durch Infusion von Traubenzuckerlösungen neben Kochsalzlösungen

das Leben viele Wochen erhalten können, während per os und per anum alles zurückgewiesen wurde. Selbstverständlich wird bei abstinirenden Geisteskranken erst darauf zu recurriren sein, wenn die beiden Methoden der Ernährung durch Zwangsfütterung und durch Nährklystiere erschöpft sind. Vielleicht dürfte es von vornherein zweckmässig sein, sobald man zu Nährklystiersn schreitet, mit denselben von vornherein Injectionen von Oel, um die nöthigen Fette beizubringen, und die Infusion von Traubenzucker- und Kochsalzlösungen zu verbinden. Nach ausführlicher Anweisung für Herrichtung und Beibringung geeigneter Nährklystiere behandelt S. in erschöpfender Weise die Zwangsfütterung, die erste und wichtigste Methode der zwangsmässigen Ernährung abstinirender Geisteskranker. Er erörtert auf das Genaueste die Technik der Sondenfütterung durch die Nase, die Massregeln zur Vermeidung der damit verbundenen Gefahren und die Zusammensetzung der sich für die Fütterung eignenden Nährflüssigkeiten, welche häufig zu wechseln S. mit Recht empfiehlt.

Hoppe.

---

209) **S. Wolfe**: Trional; its range of applicability.

(Reprinted from „The medical and surgical reporter, June 8, 1895.)

Bei einer grösseren Anzahl von Fällen (Neuralgien, Myalgien, Neuritiden, nervöser Schlaflosigkeit, acuten Catarrhen) bewährte sich das Trional laut Wolfe als ein ausgezeichnetes und verlässliches Schlafmittel. Die Wirkung trat gewöhnlich im Verlaufe einer halben Stunde ein, gleichviel, in welcher Form das Mittel gegeben wurde. Durchschnittlich genügten 15 Gran. Bei stärkerer Herzhypertrophie scheint in der Verabreichung Vorsicht geboten zu sein. Von harmlosen Nebenwirkungen traten gelegentlich Schwindelgefühl und Schläfrigkeit auf.

Bemerkenswerth ist ein Fall von schwerer Chorea, bei welchem nach Trionalgebrauch eine bedeutende Besserung beobachtet wurde und bei dem Fowler'sche Lösung ohne Erfolg angewendet worden war.

Jentsch.

---

210) **Spitzer**: Das Trional als Hypnoticum und Sedativum bei internen Krankheiten.

(Separatabdruck aus der Wiener klinischen Wochenschrift" Nr. 23, 1895,)

211) **Claus**: Schlaflosigkeit der Kinder und Trional.

(Separatabdruck aus der „Internationalen klinischen Rundschau" Nr. 45, 1894.)

212) **Claus**: Trional und Schlaflosigkeit bei Neurasthenie.

(Separatabdruck aus der „Wiener klinischen Rundschau" 1895, Nr. 21.)

Spitzer (1) bringt eine Reihe von Krankengeschichten, welche den Nutzen des Trionals als vorzügliches Hypnoticum bei Lungen- und Herzkranken, ferner bei heftigen Intercostalneuralgien, Rhachialgien, Ischias, bei den lancinirenden Schmerzen der Tabiker etc. verweisen. Es kommt an Wirkung dem Morphin am nächsten, kann es ersetzen, ist nie direct schädlich, sondern hatte nur einige Male eine gewisse Schlaftrunkenheit und Brechreiz, ja Erbrechen gesetzt. Der Schlaf erfolgte meist bald nach Verabfolgung des Mittels und hielt meist während der Nachtstunden an.

Claus (2) fand das Trional vorzüglich als Hypnoticum in Dosen von 0,2 bis 1,5 je nach dem Alter, speciell bei Chorea, Convulsionen und den Pavor nocturnus, weniger dagegen bei Insomnie in Folge von Schmerzen.

Die Verdauung ward günstig beeinflusst. Es war unschädlich (nur einmal zeigte sich etwas Ataxie, ein ander Mal Erregung) und gab sich am besten in Confect oder Honig, spätestens 15 Minuten vor dem Schlafengehen, eine halbe Stunde nach der Abendmahlzeit. — Derselbe Autor erklärt (3) das Mittel für das beste und unschädlichste bei Neurasthenie; es beeinflusst sehr günstig die Verdauung von unruhigen, ängstlichen und aufgeregten Personen, und diese dyspeptischen Störungen sind häufig secundär bei Neurasthenie. Auch nächtliche Pallutionen schwanden nach Trional. Von dem Mittel genügten gewöhnlich 1,5.

Ref. kann nicht umhin, vor allzu grossem Enthusiasmus zu warnen. Nur sehr grosse Beobachtungsreihen aus verschiedenen Ländern sind einigermassen beweisend und dann spielen noch Momente, wie Individualität, Rasse etc. mit. Von den unzähligen Schlafmitteln sind nur wenig noch übrig geblieben und das eine ward fast immer vom anderen überholt. Jedenfalls ist cet. par. die Irrenanstalt die beste, die möglichst wenig Narcotica und Hypnotica gebraucht und sie so viel als möglich überflüssig zu machen, muss unser stetes Bestreben sein.

Näcke (Hubertusburg).

---

213) **B. J. Stokvis:** Zur Pathogenese der Hæmatorpophyrinurie.
(Zeitschrift für klinische Medicin, Bd. 28, I.)

Nachdem Stokvis constant Hæmatoporphyrin bei Bleikolik beobachtet hatte und sein Schüler Klees in anscheinend normalen, besonders in dunklen Harnen öfter Hæmatoporphyrin nachweisen konnte, nachdem ferner St. in mehreren Fällen von Sulfonalgebrauch Hæmatoporphyrin im Urin nachweisen konnte, trat er der Frage nach der Entstehungsursache im Körper näher. Er verfütterte zu diesem Zwecke Kaninchen pro die 400—600 mg pro Kilo Körpergewicht und erzeugte so schnell Hæmatoporphyrinurie, neben der manchmal Urobilinurie sich zeigte. Bei der Section der Thiere fand er die Magenschleimhaut stark hyperämisch und ausserdem in derselben mehrere kleinere und grössere Blutungen von dunkelrother, fast schwarzer Farbe, welche das Absorptionsspectrum des sauren Hæmatoporphyrins fast immer unzweideutig erkennen liessen. Diese Anwesenheit von Blutungen in Magen oder Dünndarm, bei denen sich der Blutfarbstoff vielfach als Hæmatoporphyrin, bisweilen auch als Methæmoglobin vorfand, ergab sich nun als constanter Befund bei der experimentellen Sulfonalintoxication. Brachte er nun einem Thiere längere Zeit kleine Mengen frischen Blutes in den Magen, so trat ebenfalls Hæmatoporphyrin in kleinen Mengen im Urin auf, welches nach Sistirung der Blutfütterung regelmässig sofort wieder verschwand.

Dementsprechend stellt sich St. den Vorgang bei der Sulfonalhæmoporphyrinurie so vor, dass das scharfe Sulfonal Blutungen in Magen- und Darmmucosa hervorruft, dass das ergossene Blut im Magen- und Darmtractus in Hæmatoporphyrin verwandelt wird und durch die Nieren zur Ausscheidung kommt. Die wechselnde Intensität der Sulfonalhæmatoporphyrinurie äussert sich nach St. 1. dadurch, dass die Intensität der Blutungen eine sehr verschiedene sein kann, dass 2. das resorbirte Hæmatoporphyrin zum Theil durch die Leber wird zurückgehalten werden können, während 3. ein anderer Theil desselben (vielleicht in der Leber oder

anderswo) zur Urobilin umgewandelt wird. So erklärt sich auch die bisweilen bei Magen-Darmblutungen auftretende Hæmatoporphyrinurie. Letztere Annahme bestätigten die an Bleiintoxication zu Grunde gegangenen Thiere, die Hæmatoporphynurie gezeigt hatten.

Dauber-Würzburg.

---

214) **Marandon de Montyel**, médecin en chef des asils publics d'alinéés de la Seine: Contribution á l'étude de l'action sedative du chloralose (Annales médico-psychologiques, Paris 1895, mai-juin, pg. 373 ff.)

Verf. hat 23 Geisteskranken und zwar Manischen, Lypemanischen und Paralytikern Chloralose gegeben, um die beruhigende und Schlaf machende Wirkung des Mittels zu untersuchen. Er hatte nur bei einem Theil seiner Fälle Erfolg und hier auch nur wenige Tage lang. Ungünstige Nebenwirkungen bestanden in Uebererregbarkeit der Muskeln und Zunahme der Hallucinationen. Eine Bereicherung des den Geisteskranken nützlichen Arzneischatzes kann demnach in der Einführung der Chloralose nicht gefunden werden. Georg Ilberg (Sonnenstein).

---

215) **C. Bijl** (Zutphen): Dürfen Irre nackt gelassen werden? (Jets over naakte verpleging.)

(Psychiatr. Bladen, XII, 4.)

Ein cyklisch-periodischer Maniacus mit enormen Leistungen im Zerstören von Kleidern zerriss in einem einmonatlichen Anfall, in dessen Verlauf er 4 Tage lang nackt mit einem Haufen Holzwolle in der Zelle gelassen war, 7 mal weniger Kleider, als in den vorausgehenden gleichfalls 4—5 Wochen dauernden Erregungszuständen. Kurella.

---

216) **Schnurmans-Stekhoven** (Veldwijk): Lagerung unsauberer Irren auf Segeltuch. (Een gespannen zeil tot ligging voor onzindelijke patienten.)

(Psychiatr. Bladen, XII. 4.)

Kranke, die unter sich lassen, werden in V. folgendermassen gelagert; Am Kopf- und Fussende der hölzernen Bettstelle werden Bänkchen angebracht, so lang, wie das Bett breit ist, und von 15 und 17 cm Breite und Höhe; auf diesen ruht ein hölzerner Rahmen von gleicher Länge und Breite wie das Bett, über welchen ein am offenen Ende umgeschlagener leinener Sack gezogen wird, in den der Rahmen leicht hineinpasst; der Sack kann durch Bänder in der Längsrichtung beliebig gespannt werden: unter das Mittelstück des Sackes kommt ein hölzernes, mit Blech ausgeschlagenes Gefäss und je ein Strohkissen am Kopf- und Fussende, auf das ganze kommt der Patient." Der Autor ist mit dem Lager sehr zufrieden, ebenso ein Wärter, der mehrere Nächte darauf schlief. Die Ersparniss an Stroh und Holzwolle war bedeutend. Kurella.

---

217) **Tellegen** (Haag): Anstaltsbau und Anstaltsverpflegung. (Eenige beschouwingen over gestichtsbouw en gestichtsverpleging.)

(Psychiatr. Bladen, XIII, 2.)

Anscheinend nur eine Kritik des zu einer allzu grossen Zersplitterung führenden Pavillonsystems, wie es die zahlreichen neuen christlichen An-

stalten der Niederlande beherrscht, giebt der Aufsatz zwischen den Zeilen eine Kritik des Humbugs, der dort mehr als irgendwo mit der Phrase von dem inneren Drange „christlicher Irrenpfleger" getrieben wird. Mehrere Citate aus Schriften früherer Anstaltsgeistlichen zeigen, dass es selbst den Stillen im Lande Holland vor der eigenen Heiligkeit bange zu werden beginnt.

Kurella.

218) **Finegan** (Mullinger): Tuberculous disease and its treatment in Irish asylums.

(The Journ. of ment. science 1895, April.)

Zwischen den Irrenanstalten Schottlands und Irlands besteht ein auffälliger Unterschied hinsichtlich der Schwindsuchtssterblichkeit ihrer Insassen. So z. B. kamen im Jahre 1892 in Schottland auf 671 Todesfälle Geisteskranker 84 (= 12,5%) in Folge von Lungentuberculose, in Irland hingegen auf 995 Todesfälle 259 (= 26%) in Folge von Lungentuberculose.

Dieser hohe Procentsatz, den die irischen Irrenanstalten an Lungenschwindsucht stellen, veranlasst F., Vorschläge zu seiner Beseitigung zu machen. Dieselben gehen dahin, im Zusammenhange mit den Irrenanstalten besondere Gebäude zu errichten, die mit allen Anforderungen der Hygiene ausgestattet, zur Aufnahme der an beginnender oder bereits ausgesprochener Tuberculose erkrankten Geisteskranken dienen sollen.

Buschan.

219) **Die Fürstlich Lippische Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus in Brake bei Lemgo.** Bericht für 1894.

(Bielefeld 1895.)

Das Asyl zu Lindenhaus zählte 1894 im Ganzen 221 Insassen. Es fanden 60 Aufnahmen und 42 Entlassungen statt (23 genesene, 10 gebesserte, 9 ungeheilte Patienten).

Von den mitgetheilten Krankengeschichten verdient ein Fall von Hämorrhagie im basalen Theile des rechten Stirnlappens Erwähnung, durch welchen ein 84jähriger Potator ad exitum kam. Im Anschlusse an den apoplectischen Insult zeigte er epileptiforme Anfälle, erst rechts, dann links. Der vom Verfasser direct construirte Zusammenhang beider Erscheinungen ist nur auf Umwegen herzustellen.

Jentsch.

220) **Bericht über Sanitätsrath Dr. Karl Edel's Asyl für Gemüthskranke zu Charlottenburg.**

(Berlin 1895.)

Die bei Gelegenheit des 25jährigen Bestehens der Edel'schen Anstalt herausgegebene Schrift giebt im Wesentlichen ausgedehnte Statistiken über die Frequenz derselben. Die durchschnittliche Zahl der in den letzten Jahren in der Privatabtheilung sowohl als in der Communalabtheilung der Stadt Berlin Behandelten belief sich auf über 200 pro anno. Kleinere Communalstationen bestehen für die Provinz Brandenburg und die Stadt Charlottenburg. Die Zahl der männlichen Paralytiker aus der grossstädtischen Bevölkerung ist eine ausserordentlich hohe (über 50,0%). Idioten und Imbecille wurden nur in geringer Anzahl verpflegt.

Jentsch.

223) Bericht der Erziehungs- und Pflegeanstalt für geistesschwache Kinder zu Langenhagen vom 1. April 1894 bis 31. März 1895.

Die Langenhagener Anstalt verpflegte 1894|95 im Ganzen 638 Kranke. Nahezu die Hälfte der Patienten stand im Alter von 15—30 Jahren. Bei Dreiviertel der Aufgenommenen war hereditäre Belastung nachzuweisen. Die Epileptiker zählten ca. 17 % der Gesammtzahl.

Die Erfolge, welche bei letzteren mit der Flechsig'schen Opiumbromkalibehandlung erzielt wurden, waren relativ zufriedenstellend.

An der Anstalt besteht eine Schule, an welcher drei Lehrer und fünf Lehrerinnen beschäftigt sind. Die Zusammenstellung über die nutzbringende Thätigkeit zahlreicher Kranker in den verschiedenen Werkstätten und Arbeitsabtheilungen gewährt ein erfreuliches Bild.

Jentsch.

Inhalt des Mai-Hefts.

Nr. 184) Buschan: Myelitis auf traumatischer Basis

B. Psychiatrie.

I. Allgemeine Psychopathologie.

Nr. 185) Näcke: Die Menstruation und ihr Einfluss bei chronischen Psychosen.

Nr. 186) Ilberg: Die Geisteskrankheiten im Heere.

Nr. 187) Mingazzini: Der psychische Zustand Lord Byron's.

II. Specielle Psychopathologie.

Nr. 188) Mercklin: Ueber das Verhalten des Krankheitsbewusstseins bei der Paranoia

Nr. 189) Rauch: Ueber die Amok-Krankheit bei den Malayen.

Nr. 190) van Brero: Ueber das sogen. Latah, eine in Niederländisch-Ostindien vorkommende Neurose.

Nr. 191) Ballet et Arnaud: Délire systématisés des grandeurs sans affaiblissement intellectuel notable chez un vieillard de quatre ans passés.

Nr 192) Cullerre: De la démence paralytique dans la race nègre.

Nr. 193) Fränkel: Ein Fall von circulärer Form der progressiven Paralyse.

Nr. 194) Bresler: Ein Fall von infantiler progressiver Paralyse.

Nr. 195) Dodson: A well marked case of Kahlbaum's socalled Katatonia.

Nr. 196) Peeters: La folie paralytique

Nr. 197) Garnier et Vallon: Ataxie locomotrice et folie simulées.

Nr. 198) Werner: Gutachten über einen reinen Fall von Irresein mit Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen.

Nr. 199) Strassmann: Casuistische Beiträge zur Lehre von den epileptoiden Zuständen.

Nr. 200) Schäfer: Determinismus und Zurechnungsfähigkeit mit drei Gutachten über Exhibition.

Nr. 201) Bianchi: Validità contestata del testamento di un suicida.

III. Therapie und Anstaltswesen.

Nr. 202) Bourneville Trois cas d'idiotie myxœdmateuse traités par l'ingestion thyroïdienne.

Nr. 203) Reinhard: Weitere Mittheilungen über Schilddrüsentherapie bei kropfleidenden Geisteskranken.

Nr. 204) Spaink: Gynækologische Therapie bei Neurosen und Psychosen.

Nr. 205) Lui: Neuere Methoden der Epilepsiebehandlung.

Nr. 206) Pellizzi: Die Adonis-Brom-Therapie der Epilepsie.

Nr. 207) Guicciadi: Bechterew's Epilepsiebehandlung.

Nr. 208) Scheffler: Die Nahrungsverweigerung der Irren und ihre Behandlung.

Nr. 209) Wolfe: Trional; its range of applicability.

Nr. 210) Spitzer: Das Trional als Hypnoticum und Sedativum bei internen Krankheiten.

Nr. 211) Claus: Schlaflosigkeit der Kinder und Trional.

Nr. 212) Claus: Trional und Schlaflosigkeit bei Neurasthenie.

Nr. 213) Stokvis: Zur Pathogenese der Hæmatoporphyrinurie.

Nr. 214) de Montiel: Contribution à l'étude de l'action sedative du chloralose.

Nr. 215) Bijl: Dürfen Irre nackt gelassen werden?

Nr. 216) Schuurmann-Stekhoven: Lagerung unsauberer Irren auf Segeltuch

Nr. 217) Tellegen: Anstaltsbau und Anstaltsverpflegung.

Nr. 218) Finegan: Tuberculous disease and its treatment in Irish asylums

Nr. 219) Die Fürstlich Lippe'sche Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus in Brake bei Lemgo.

Nr 220) Bericht über Sanitätsrath Dr. Carl Edel's Asyl für Gemüthskranke zu Charlottenburg.

Nr. 221) Bericht der Erziehungs- und Pflegeanstalt für geistesschwache Kinder zu Langenhagen vom 1. April 1894 bis 31. März 1895.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XIX. Jahrgang. | 1896 Juni. | Neue Folge VII. Bd.

I. Originalien.

I.

Beitrag zur Meralgia paræsthetica.

Von Dr. Knauer-Görlitz.

Vor mehreren Jahren hatte ich gelegentlich befreundeten Collegen gegenüber eines mir auffällig erschienenen Symptoms im Bereiche der peripheren Nerven Erwähnung gethan, das in Schmerzen, Ermüdungsgefühl und parästhetischen Empfindungen in einem begrenzten Gebiete eines Oberschenkels sich äussert und von mir damals als eine Frühererscheinung der Tabes angesprochen wurde. Die Collegen verhielten sich dieser meiner Deutung gegenüber verneinend, besonders wegen der langen Dauer dieser einen verhältnissmässig geringfügigen Erscheinung, ohne Hinzutreten anderer Krankheitssymptome von Seiten des Nervensystems. Nun las ich Prof. Bernhardt's Veröffentlichung: „Ueber isolirt im Gebiete des N. cutaneus femoris externus vorkommende Parästhesien" im Neurolog. Centralblatt 1895, Nr. 6. und im selben Blatt Nr. 8 den Beitrag Dr. Näcke's, sowie in Nr. 11 den von Dr. Freud über denselben Gegenstand und schliesslich die Broschüre von Prof. Dr. Wladimir K. Roth in Moskau: „Meralgia paræsthetica", Berlin 1895, S. Karger.

Diese sowie die kritischen Besprechungen v. Strümpell's in der Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde, VII. Band, 5. u. 6. Heft, sowie die von Möbius in Schmidt's Jahrbüchern, Band 147, Heft 1, besonders des Letzteren Bemerkung, er habe „Aehnliches" zweimal bei beginnender progressiver Paralyse beobachtet, erinnerten mich aufs Neue an meine Kranken und bestimmten mich, die folgenden 4 Fälle aus meiner eigenen Beobachtung zu veröffentlichen.

Im ersten Falle handelt es sich um einen 36jährigen Gelehrten, der sonst gesund gewesen und jedenfalls frei war von Syphilis. Er datirt sein Leiden 12 Jahre zurück. Damals diente er als Einjährig-Freiwilliger bei der Infanterie und hat, wie er meint, durch das Anschlagen des Seitengewehrs, das ihm bei längerem Marschiren stets nach vorn rutschte, an den Oberschenkel, die Krankheit davongetragen. Jedenfalls will er schon während und besonders bald nach der Dienstzeit die Veränderung der Empfindungen im linken gegenüber dem rechten Oberschenkel bemerkt haben. Er ermüdete bei längerem Gehen zuerst leichter im linken Oberschenkel, hatte brennende Schmerzen darin und oft ein sonderbares „taubes" Gefühl; beim Falten und Kneipen der Haut war die Empfindung geringer und jedenfalls anders als im rechten Oberschenkel. Auch ganz spontane leichte Zuckungen will er bemerkt haben. Im Ganzen achtete er zuerst weniger darauf; erst nach Jahren wurde er beim Gehen behindert und die schmerzhaften Empfindungen kamen ihm mit den Jahren sogar meist nach den Bewegungen, z. B. beim Sitzen, erst zum Bewusstsein. Nun legte er Gewicht darauf Er fragte mehrere Aerzte, wurde aber stets beruhigt: theils hat man es für eine rheumatische Affection gehalten, theils als „Ermüdung der Muskeln" gedeutet und ihm spirituöse Einreibungen angerathen. In den letzten Jahren nahmen die Erscheinungen zu und Patient trat in meine Behandlung.

Die Untersuchung ergab, dass Patient ein zur Corpulenz neigender, stark überarbeiteter Stubenhocker war, der, wenn auch nicht reichlich, so doch regelmässig seinen Alcohol genoss. Von Erscheinungen der Syphilis war er frei. Er klagte über ein sonderbares Gefühl im linken Oberschenkel (und zwar grenzte er selbst mit dem Finger das Oval genau ab), als ob ihm eine sehr spitze Drahtbürste auf die Haut aufgedrückt würde. Zu anderer Zeit brannte es ihm direct in der Haut, besonders nach grösseren oder selbst kürzeren Bewegungen. Manchmal könnte er aber ganz gut und ohne wesentliche Schmerzempfindung grössere Fusstouren machen. Oft exacerbirte die schmerzhafte Empfindung geradezu beim Sitzen oder Liegen. Zu anderen Zeiten empfand er mehr ein Pelzigsein.

Die Inspection und Messung der beiden Oberschenkel ergab keine Differenz. Objectiv zeigte sich im Gebiet des N. cut. fem. externus sinister die Berührungsempfindlichkeit nicht erheblich beeinflusst, aber etwas verlangsamt, Orts- und Drucksinn erhalten, das Tastvermögen geschwächt, die Temperaturempfindlichkeit herabgesetzt. Ausgesprochene Schmerzpunkte traten nicht hervor. Die electrische Untersuchung ergab nichts Auffälliges. Dagegen sprang eine deutliche Hypalgesie (bei Nadelstichen) und verlangsamte Leitung in die Augen. Es erschien ihm, als ob der Arzt mit der Nadel erst durch etwas hindurchstechen müsse, um ihm den Eindruck des Stiches hervorzubringen. Am schlimmsten empfand er die Schmerzen etwa 8 Querfinger breit über dem oberen Patellarrande.

Da bei Kranken mit Parästhesien notorisch die Sensibilitätsprüfung schwierig, oft unmöglich ist, wurden wiederholte Untersuchungen vorgenommen und deren Summe ergab erst vorstehenden Befund.

Im Uebrigen ergab die Untersuchung keinerlei Verdacht auf Tabes oder andere Rückenmarks- oder Hirnkrankheiten.

Patient war zu einer anhaltenden methodischen Behandlung nicht zu bewegen. Eine Zeit lang hat er sich einreiben und massiren lassen; ein halbes Jahr hat er kalte Douchen von kurzer Dauer angewandt, die ihm sehr gut thaten. Vereinzelt ist er electrisirt worden. Alle therapeutischen Proceduren haben einigen Erfolg gehabt, den meisten die Douchen.

Der zweite Fall betrifft einen 43jährigen sonst gesunden Beamten, der insofern Aehnlichkeit mit Fall I hat, als auch er bei einer sitzenden Lebensweise regelmässig Alcohol consumirt. Er macht aber viele und grosse Fusstouren an seinen freien Tagen und in seinen Ferien und wird darin durch sein Leiden nicht allzuviel beeinträchtigt. Er klagt ebenfalls über eine seit einigen Jahren bestehende leichte Ermüdbarkeit seines rechten Oberschenkels; manchmal, wenn er viel gelaufen sei, habe er darin das Gefühl, als ob „das Fleisch los“ wäre. Auch Kältegefühl will er hie und da gehabt haben. In letzter Zeit gesellte sich hierzu ein gewisses Vertaubungsgefühl, besonders beim Gehen oder längerem Stehen. Eigentlich gehindert sei er dadurch in seinen Märschen nicht worden; aber die Sache sei ihm doch lästig. Auf näheres Befragen bekannte er noch einen zeitweilig auftretenden brennenden Schmerz, der ebenfalls bisweilen beim Stehen am Pult oder beim Gehen auftrat, leichtere Ermüdbarkeit im rechten Bein und manchmal beim Sitzen ein pampsiges, schwammiges Gefühl im mittleren Theil des Oberschenkels, mehr nach aussen hin.

Objectiv konnte nur eine leichte Anästhesie vom Umfange einer Männerhand oberhalb und unterhalb der Grenze des mittleren und unteren Drittels des rechten femur nachgewiesen werden. Dort bestand auch Hypalgesie und Abschwächung der Temperaturempfindung. Sonst fand sich keinerlei Anomalie im Nervensystem, auch nicht andere Zeichen von Alcoholismus.

Interessant ist die Bemerkung des Patienten, dass jedesmal, wenn er „gekneipt“ habe, das pamsige Gefühl am Tage nachher stärker sei.

Massage und kalte Abreibungen besserten den Zustand in kürzerer Zeit.

Im dritten Falle handelt es sich um eine sonst ganz gesunde 22jährige Frau, die im ersten Wochenbett an schwerem Abdominaltyphus erkrankte und in Folge Recidivs ein 24wöchiges Krankenlager durchmachte. Daran schloss sich eine multiple Neuritis; an beiden Beinen trat Lähmung des Peroneusgebietes auf, vorübergehend auch Blasen- und Rectumparesen. Schliesslich wurden beide Unterextremitäten atrophisch, die electrische Erregbarkeit nahm stark ab, zu Entartungsreaction kam es nicht. Sehnenreflexe fehlten. Ausserdem bestanden Erscheinungen der sensiblen Sphäre, wahrscheinlich Parästhesien, sicher reissende brennende Schmerzen, die bei und nach Bewegungen sich steigerten; ferner Herabsetzung des Berührungsgefühls und Verspätung der Schmerzempfindung an beiden Oberschenkeln.

Diese Symptome schwanden allmählich.

Nach Ablauf von etwa 4 Monaten, in denen sich Patientin wieder ganz gesund gefühlt und ihre häuslichen Pflichten ohne irgend welche Einschränkung erfüllt hatte, trat eine im rechten Oberschenkel localisirte schmerzhafte Schwäche hervor. In der nach ihren Erfahrungen recht begreiflichen Befürchtung, es könnte wieder ein Zustand eintreten wie nach

dem Typhus, suchte sie sofort ärztlichen Rath. Sie klagte subjectiv über Taubheit, Pelzigsein, Brennen und Unempfindlichkeit für Berührung und Herabsetzung des Schmerzgefühls. Genau ihrer Angabe entsprechend war ein fast von der Leistengegend bis zum oberen Patellarrande reichendes längliches Oval abzugrenzen, in dessen Bereich Hypästhesie und Hypalgesie durch die Untersuchung festgestellt wurde. Die electrische Untersuchung ergab normalen Befund. Ebenso fand sich sonst nichts Abnormes.

Noch nach vielen Monaten bestanden, wenn auch in geringerem Grade, die Parästhesien und Schmerzen im Gebiet des N. cutan. fem. ext. ant. fort, trotz Anwendung des electrischen Pinsels, trotz Massage und Douchen, während die Berührungsempfindlichkeit wiederhergestellt wurde.

Patientin hatte inzwischen wieder concipirt. Die Befürchtung, es könnte im Anschluss an das Wochenbett ein neuer Ausbruch des alten immer noch bestehenden Leidens eintreten, hat sich nicht bestätigt.

Im vierten Falle handelt es sich um einen 33jährigen Haushälter, der aus gesunder Familie stammend, früher stets gesund war und gelegentlich seine Beobachtungen kundgab. Er erzählte, dass er seit mehreren Jahren, während er geschäftliche Gänge zu besorgen und dabei Packete etc. auszutragen hatte, im rechten Oberschenkel wiederholt Schmerzen und Brennen, als ob er sich so recht darauf geschlagen, verspürt hätte. Zu anderen Zeiten bemerkte er nichs oder achtete weniger darauf. Die Frage, ob er vielleicht diese Schmerzen und Gefühle in Verbindung brächte mit dem Druck der Lasten, die er beim Tragen meist am rechten Arme hängen hat, so dass sie wohl beim Gehen an den Oberschenkel anschlagen, verneinte er nicht, er meinte aber, darauf nicht besonders geachtet zu haben.

Die Untersuchung ergab leichte Abschwächung der Patellarreflexe, die sonstigen Haut-, Schleimhaut- und Sehnenreflexe normal, kein Romberg und auch kein weiteres auf Tabes oder ähnliches zu beziehendes Symptom, keine Anästhesie. Die Tast-, Schmerz- und Temperaturempfindung intact, letztere allerdings etwas verlangsamt. Auffällig war, dass stärkerer Druck im ganzen mittleren äusseren Femurdrittel sehr lebhaft empfunden wurde.

Alle von Bernhardt und den übrigen Collegen, sowie auch die vorstehend von mir geschilderten Fälle haben bei ihrer Verschiedenheit in ätiologischer und klinischer Hinsicht doch die Localisation auf ein abgegrenztes Hautnervengebiet gemeinsam. Nicht zu verkennende Aehnlichkeit zeigen mehrere der gezeichneten Krankheitsbilder mit alcoholischer Neuritis (Strümpell's Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie, II. Band I. Theil, p. 136. VII. Auflage).

II.

Eine neue Färbungsmethode für die protoplasmatischen Fortsätze der Purkinje-schen Zellen und die Axencylinder.

Von L. Roncoroni, Privatdocent der Psychiatrie in Turin.

Die Methode beruht auf der Verwendung einer Fixirungsflüssigkeit aus Platinchlorür-Lösung und Müller'scher Flüssigkeit; es folgt Einschluss

in Celloidin; Schneiden bei einer Dicke von 5—8 mm, 24stündiges Verweilen in einer stark alaunhaltigen Hämatoxylinlösung, 24stündiges Auswässern in destillirtem Wasser, wo die Färbung sich fixirt, Differenzirung nach Pal.

Nach diesem Processe färben sich die Axencylinder und man erhält somit sehr deutliche Bilder (in intensivem Blau) auch der marklosen Fasern; es färben sich ferner die Purkinje'schen Zellen und ihre Protoplasmafortsätze bis in die feinsten Verzweigungen, was bisher nur durch die Golgi'sche Präcipitation von Metallsalzen möglich war; letztere fixiren sich aber nicht auf allen Elementen, während sich bei meiner Methode eine sichere Färbung aller protoplasmatischen Fortsätze ergiebt; der Farbenton, welchen letztere annehmen, ist etwas von dem der Axencylinder verschieden und nähert sich mehr dem Braun als dem Blau, und zwar bei geringerer Intensität. Ich werde später die Technik und ihre bisherigen Ergebnisse ausführlich veröffentlichen, unter Beigabe von Tafeln; inzwischen beschränke ich mich auf die Mittheilung, dass:

Die feinen Verzweigungen der protoplasmatischen Fortsätze der Purkinje'schen Zellen eine granulöse Structur haben; wenigstens erscheinen sie gebildet aus reihenweiss angeordneten Körnern, und die eines Fortsatzes sind denen des benachbarten parallel. Wahrscheinlich sind die dornartigen Fortsätze, welche den Protoplasmafortsätzen rechtwinklig aufsitzen und die mittels der Golgi'schen Methode von Ramon gefunden, von van Gehuchten und Retzius bestätigt worden sind, nur Präcipitate, die sich an den Körnern bilden. Steigt man in der Thierreihe von den Vögeln zum Hunde und zum Menschen auf, so werden die Verzweigungen der Purkinje'schen Zellen zahlreicher, dünner, zarter und nähern sich einander mehr. Die meisten Purkinje-schen Zellen färben sich nach dieser Methode in toto schwarz.

Die Zellen der Grosshirnrinde färben sich zumeist nicht in toto; es wird nur der Kern sichtbar, umgeben von protoplasmatischen Körnchen, die sich deutlich gefärbt zeigen; manchmal färbt sich auch eine Rindenzelle in toto wie eine Purkinje'sche und dann zeigen sich auch ihre Protoplasmafortsätze gefärbt; einige Zellen der Grosshirnrinde haben also dieselbe chemische Reaction, wie die Purkinje'schen. Die Zahl dieser in toto färbbaren Zellen nimmt von den niederen Thieren zum Menschen hin zu.

Auch die Neurogliakerne werden mit dieser Methode sehr deutlich.

Die dickeren Axencylinder zeigen in ihrem Verlauf an einigen Punkten wahre Spiralen; sie drehen sich um sich selbst.

III.

Hysterie und hysterisches Irresein.*)

Von Dr. Ernst Sokolowski,
Ordinator des Irrenhauses auf Alexandershöhe bei Riga.

1.

Bevor ich den Versuch mache, den Resultaten meiner Beobachtungen und der Ueberzeugung Ausdruck zu verleihen, dass unter der Hysterie trotz der grossen Mannigfaltigkeit ihrer Erscheinungsformen etwas ganz Bestimmtes, sämmtlichen Fällen Gemeinschaftliches verstanden werden muss, sei es mir gestattet, in Kürze des Materiales Erwähnung zu thun, welches mir für meine Studien auf diesem Gebiete zur Verfügung gestanden hat.

In der Privat-Nervenheilanstalt des Herrn Dr. V. v. Holst in Riga, dessen Assistent zu sein ich die Ehre hatte, lernte ich hysterische Individuen aus den oberen 10,000 beobachten und behandeln, unter ihnen einen grossen Procentsatz von Patienten, die im Laufe lanjähriger Irrfahrten sämmtliche psychiatrischen und neuropathologischen Autoritäten Europas kennen zu lernen Gelegenheit gefunden hatten; Leute, an denen alle nur erdenkbaren Kurmethoden ohne Erfolg oder doch ohne dauernden Erfolg exercirt worden waren. Nachdem nun Hypnotismus, Handauflegung und Castration zuguterletzt auch noch ihre Dienste versagt hatten, waren die erwähnten Kranken in höchst desolatem Zustande in die Heimath zurückgekehrt, um in der erwähnten Anstalt die Besserung zu suchen, welche sie selbst nicht erwarteten.

In Anbetracht solcher Beobachtungen musste das Material der Dorpater Universitätsklinik für Nerven- und Geisteskranke mit ihrer Station und Ambulanz für mich von doppeltem Interesse sein. Hier hatte ich's während meiner Assistentenzeit unter den Herren Professoren E. Kräpelin und nachher W. v. Tschisch vielfach mit hysterischen Patienten aus der Landbevölkerung zu thun und andrerseits mit jugendlichen Individuen, — einem gegenüber allen therapeutischen Massnahmen jungfräulichen Boden, dessen weitgehende therapeutische Zugänglichkeit mir bis dato ein unbekannter Begriff gewesen war.

Seit 1894 am Irrenhause zu Alexandershöhe bei Riga thätig, beobachte ich jene veralteten, von aller Welt und vom medicinischen Standpunkte als hoffnungslos erklärten Fälle, Patienten, die wegen ihrer unerträglichen Lästigkeit für die Umgebung von den Angehörigen internirt oder besser gesagt: für die Dauer ihres kurzen resp. langen Lebensabends für ein Billiges in Alexandershöhe deponirt, d. h. aus allem Gesichtskreis entfernt wurden. Auf das Auffinden eines wenn auch noch so dürftigen modus vivendi für diese Patienten beschränkt sich lediglich alles hier anzuwendende Heilverfahren; — eine lehrreiche Abkühlung für die optimistische Gluth therapeutischen Uebereifers.

Gleichzeitig lässt mich eine reichhaltige forensische Praxis meine Kenntnisse hinsichtlich des hysterischen Irreseins erweitern und bringt mich

---

*) Nach einem Vortrage auf dem livländischen Aerztetage am 16. Sept. 1895.

wiederholt in die Lage, den sehr wesentlichen Unterschied zwischen simulirtem und hysterischem Irresein zu erkennen und demonstriren zu müssen. Und nun — last not least — muss ich noch der weiblichen syphilitischen Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses auf Alexandershöhe Erwähnung thun: hier werden die vorhandenen 45 Betten fast ausschliesslich von Prostituirten eingenommen. Eine solche Besetzung macht jene Abtheilung nicht nur zur Fundgrube für anthropologische Forschungen, sondern liefert auch von Zeit zu Zeit das interessanteste Material für das Studium speciell des hysterischen Irreseins. Die instructivsten Fälle für die Beobachtung und Behandlung dieser Krankheitsform wurden mir vom Chef dieser Abtheilung, Herrn Dr. W. Ossendowski, zugeschickt, wenn wieder einmal eine Prostituirte „verrückt geworden“ war.

Vielleicht hat gerade die grosse Mannigfaltigkeit des eben geschilderten Materiales in mir das Verlangen gezeitigt, seinen unbedingt vorhandenen wesentlichen Grundzug und das allen Fällen Gemeinsame zu erkennen, auf eine Formel zu bringen und zum Ausdrucke gelangen zu lassen.

Das Bestreben, die Hysterie von den Erscheinungen der psychischen Degeneration zu trennen, wie es hauptsächlich von Charcot und Gilles de la Tourette unternommen wurde, hat das Verständniss dieser Krankheit eher verwirrt als geklärt, hat den grossen Bergungshafen schiffbrüchiger Diagnostik für Neurosen noch geräumiger gestaltet als er war.

Anders als auf der Basis der Degenerationstheorie können wir eine consequente Trennung der Hysterie von anderen Neurosen nicht bewerkstelligen, so lange zugegeben werden muss, dass functionelle Störungen auf nervösem Gebiete als solche sich noch lange nicht mit dem Begriffe der Hysterie decken. Die Unzulänglichkeit der erwähnten Trennungstheorie der Pariser Schule spricht sich deutlich und interessant in den Versuchen aus, innerhalb der Hysterie gewissermassen eine Hysterie *κατ' ἐξοχήν*, eine sogenannte extreme Form festzustellen, wie es Sigm. Freud in seinen „Abwehrneurosen“ vorschlägt. Immerhin aber bewegt sich Freud mit seinen Erwägungen über die Hysterie auf dem Boden der Degenerationslehre, indem er schon früher vereint mit Breuer den psychischen Mechanismus bei der Hysterie auf eingeschränkte Associationsfähigkeit zurückführt. Aehnliches veröffentlichen die meisten Autoren jüngsten Datums, obgleich keiner, mit Ausnahme von Möbius, das Kind beim rechten Namen nennen will.

A priori dürfte doch verständlich sein, dass wir zur Feststellung der Degeneration nicht erst das Vorhandensein von Wolfsrachen, Hasenscharten, überzähligen Fingern etc. bedürfen. Im Gegentheil muss angenommen werden, dass der im Individuum sich zeigende Niedergang des Geschlechtes mit der Unzulänglichkeit der zuletzt in der Entwicklung der Art erreichten Eigenschaften oder Fähigkeiten in Erscheinung tritt. Da wir die höchste Stufe organischer Entwicklung im menschlichen Gehirn zu suchen und als die höchste Vervollkommnung aller Gehirnthätigkeit die associativen Processe zu erkennen gewohnt und berechtigt sind, so muss ein Sinken derselben den ersten degenerativen Schritt involviren. Nach welchen Gesetzen nun die Associationen auch erfolgen mögen, — die associative Thätigkeit des rüstigen Gehirnes beruht im Wesentlichen auf einer präcisen Cita-

tion von Erinnerungsbildern bei jedem neu gewonnenen Eindrucke, sie sind das Correctiv, durch welches der Eindruck assimilirt resp. neutralisirt wird. Auf den Mangel an hemmenden Erinnerungsbildern würden wir demnach das Vorherrschen von Impulsen zurückzuführen haben und ihre Undeutlichkeit muss eine Disharmonie, ein Schwanken zwischen Wollen und Können, zwischen Krampf und Erschlaffung zur Folge haben. Natürlich kann der Moment nicht ausbleiben, in welchem das Individuum auf seine eigene Dürftigkeit aufmerksam wird, wofern nur ein Minimum vergleichender Thätigkeit in ihm steckt. Ein unklares Idol für die eigene Person schwebt ihm vor, auf dessen Unerreichbarkeit es immer wieder stossen muss nach Massgabe der seitens der Mitwelt an das Individuum gestellten Forderungen. Das Wachsen der physischen Kräfte treibt mittlerweile zu Versuchen, auch etwas gethan zu haben, auch etwas vorzustellen. Das in diesem Widerspruche in die Enge getriebene Individuum sucht nun nach einem Auswege, einer Rettung vor dem drohenden oder aus dem schon vorhandenen psychischen Bankerott. Von den mannigfachen, vielbetretenen derartigen Auswegen nenne ich hier beispielsweise den Trunk und den Selbstmord, um dann auf die grosse Gruppe derer überzugehen, die wir gemeiniglich als Hysterische bezeichnen, d. h. derjenigen Entarteten, die den Rettungsanker für ihre Minderwerthigkeit im Kranksein finden; gleichzeitig wird die Krankheit zum Blitzableiter für die Verzweiflung über das erlebte oder drohende Fiasco. Und in der That ist nunmehr erreicht, was gewünscht oder ersehnt wurde:

1. Ist ein Patient ja eo ipso befreit vom lästigen Kampfe um's Dasein und entschuldigt wegen seines Nichterscheinens auf dem Plane, wobei die tröstende Erwägung im Hintergrunde steht, dass man Grosses hätte leisten können, wenn nicht die „leidige Krankheit“ dazwischen getreten wäre.

2. Spielt man trotz alledem eine Rolle, denn man verdient und verlangt Beachtung als Patient und erhält als solcher die Mitwelt oder wenigstens die nächste Umgebung in steter Bewegung, ja Aufregung oder gar Verzweiflung. Und — alles dieses verschafft, wie ja verständlich, eine gewisse Befriedigung, eine Erlösung. Diese Erlösung aber haben wir als das ersehnte Ziel der Hysterischen aufzufassen, sie lebt als gesuchtes oder gefundenes Kleinod in jedem hysterischen Individuum, mitunter maskirt, entstellt, vom Kranken selbst in ihrem Wesen nicht erkannt, geschweige denn anerkannt. Sie wird unter Umständen mit dem äussersten Selbstbetruge erkauft; der mitunterlaufende Betrug der Mitwelt ist nie und nimmer das Ziel, — er wird nur mit in den Kauf genommen. Hierin haben wir den wesentlichen Unterschied zwischen hysterischem und simulirtem Kranksein zu suchen. Der Simulant will krank scheinen, der Hysterische — krank sein.

Die Hysterie wird einzig und allein bestimmt durch die subjective Stellungnahme des Individuums zur eigenen Krankheit: sie giebt dem Kranksein und der Krankheit Wesen und Character sui generis. Auf diese subjective Stellungnahme haben wir auch unser Augenmerk zu richten, sobald es sich um differential-diagnostische Abgrenzung der Hysterie gegen andere Krankheiten handelt, die gleich ihr durch das labile Gleichgewicht des Nervensystems gekennzeichnet sind. Dem Neurastheniker ist seine Krank-

heit Qual und Schrecken, dem Hysterischen — Trost und Rettung auch unter der Voraussetzung schwer empfundener subjectiver Beschwerden.

Gewiss werden sich stets Aerzte finden, die da meinen, an der eben angeführten Auffassung zweifeln zu müssen, weil viele ihrer Patienten der Sehnsucht nach Genesung nur zu lebhaft Ausdruck zu geben wissen: „Der Kranke will gesund werden.“ Wer die Lebhaftigkeit der Ausdrucksweise für dieses „Wollen“ mit der Lebhaftigkeit des Wollens identificirt, muss sich selbstverständlich nach anderen Definitionen für die Hysterie umthun; nach meinen Beobachtungen verfällt er in denselben Fehler wie etwa derjenige, welcher wähnt, der hysterische Anfall gehe mit Bewusstseinsverlust einher. Eine psychologisch-kritische Beobachtung wird, so meine ich, stets feststellen lassen, dass die Eindringlichkeit der Aeusserung jenes vermeintlichen Genesungstriebes in direct proportionalem Verhältniss steht zur Lebhaftigkeit des subjectiven Gefühls für die objective Unzulänglichkeit der vorhandenen Krankheitserscheinungen. Durch die Vergeblichkeit des „Genesenwollens“ gewinnt die Krankheit eine Potenzirung zum Trost für den Träger, — zum Schutz gegen die Vorwürfe seitens der Umgebung, der Kranke nehme sich nicht zusammen.

In dieser Hinsicht wichtig und interessant ist die Beobachtung solcher Patienten, die nach jahrelangem Kränkeln an unbestimmten nervösen Beschwerden jeglicher Art den Eintritt einer organischen Erkrankung als einen Befreiungsact begrüssen, als die allendliche Erreichung des lange ersehnten Zieles empfinden.

Nach obigen Erwägungen über das Wesen und die Entstehung der Hysterie müssen natürlich die äusseren, anscheinenden und thatsächlichen ätiologischen Momente eine wesentliche Entwerthung erfahren. Ob die Hysterie manifest wurde nach physischem oder psychischem Shock, ob durch körperliche oder geistige Ueberanstrengung, ob sie schliesslich im Pubertätsalter oder noch vor demselben zur Entwicklung kam, jener gefahrvollen Schwelle, bei deren Ueberschreitung der Entartete zu straucheln verflucht ist, — der degenerative Boden war vorhanden, das Dilemma der Gleichgewichtslosigkeit wurde gehoben, das Individuum suchte nach Rettung und fand dieselbe im Kranksein resp. Krankwerden. — Wenn ich für diesen Hergang die Bezeichnung gewählt habe: „der Hysterische will krank sein“, so bin ich selbstverständlich weit davon entfernt, hier mit dem Willen als mit einer Eigenschaft, einer fertigen ethischen Grösse zu rechnen, wie sie sich aus Lust und Unlust aufbaut, — einer Grösse, die in der hysterischen Rechnungsweise naturgemäss auf der Stelle der Unbekannten unentwegt verharren muss. Ich beziehe mich mit dem erwähnten Ausspruche auf das Wollen als auf einen bekannten associativen Process, zusammengesetzt aus dem Impuls und der Vorstellung, dass und wie das gebotene Ziel erreicht werden kann. Die Correctheit dieses associativen Processes ist lediglich abhängig von der Klarheit und Echtheit der vorhandenen Erinnerungsbilder und von der Exactheit, mit welcher sie citirt werden. — Welche Bezeichnung oder Ausdrucksform wir auch wählen mögen, — es kommt im Wesentlichen darauf an, zu constatiren, dass die Intention, schlechtweg krank zu sein, das Primäre ist. Die Krankheit, ihr Character und ihre Symptome ergeben sich erst als Ausflüsse dieser Intention oder treten als schon vor-

handen in deren Dienst und stehen pathognomisch wie diagnostisch erst in zweiter Linie. Ich hoffe, im Vorstehenden die Begriffe Kranksein und Krankheit mit der erforderlichen Consequenz auseinandergehalten zu haben. Jedenfalls möchte ich mich gegen das Ansinnen verwahrt wissen, als begnügte ich mich etwa mit der ebenso einfachen wie unzureichenden Erklärung: „der Kranke will gelähmt, anästhetisch, blind etc. sein". Die Entstehungsweise der einzelnen Symptome ist eine durchaus verschiedenartige, ihre Erklärung gewiss keine einfache und haben wir bei näherer Betrachtung der hysterischen Symptome folgende Categorien zu unterscheiden:

1. Gelegenheitssymptome, d. h. organische Veränderungen, wie etwa: Erkrankungen der Brust- und Bauchorgane, somatische Nervenleiden — andererseits functionelle Anomalien, wie Magen-, Darm- und Herzneurosen, Angioneurosen etc. Genannte Erscheinungen werden vom Individuum aufgegriffen, treten in den Vordergrund des Krankheitsbildes und erhalten gar den unberechtigten Stempel der Causalität.
2. Symptome, welche beim mangelhaft entwickelten Correctiv einer labilen Psyche durch Suggestion resp. Autosuggestion hervorgerufen werden (nach manchen Autoren: „unterbewusste Acte"), so: Blindheit, Taubheit, Aphonie, Analgesie etc. Zu solchen Erscheinungen nimmt der Kranke eine ausschliesslich passive Stellung ein.
3. Processe, die dem Kranken in ihrem Wesen und in ihrer Entstehung wohlbekannt sind und zu denen er activ Stellung nimmt (nach manchen Autoren: „oberbewusste Acte"); hierher gehören sämmtliche auf Zwangsvorstellungen, uncorrigirten Affecten und verunglückten Willensacten beruhenden Erscheinungen, wie der Mutacismus, der hysterische Krampf, die hysterische Schlafsucht und das hysterische Irresein.
4. Erfundene Symptome: hierunter möchte ich die jeglicher Thatsächlichkeit entbehrenden Leiden verstanden wissen, Leiden, welche vom Individuum behufs Krankseins erdacht und vorgetäuscht werden. Von der Schamlosigkeit des Lügens, wie wir es aus dem Munde Hysterischer hören, sobald sie in Ermangelung objectiver wie subjectiver Symptome in Verlegenheit gerathen — kann nur Derjenige ein zutreffendes Bild gewinnen, dem die Möglichkeit langdauernder und sehr intensiver Beobachtung vergönnt war.

Aus Obigem ergiebt sich vorderhand, dass entweder vorhandene Symptome aufgegriffen (sub 1) — oder aber nicht vorhandene erfunden werden (sub 4).

Damit ist aber bekanntlich das Capitel über die hysterischen Symptome noch lange nicht erschöpft; ehe das Individuum sich zum verzweifelten Schritte zu entschliessen braucht, behufs Krankseins Symptome zu erfinden, hat seine von Haus aus invalide Psyche in den meisten Fällen bereits Früchte gezeitigt, die ein Kranksein involviren. Hierher gehören die auf Vorstellungen beruhenden und aus ihnen hervorgegangenen Krankheitserscheinungen, wie ich sie sub 2 und 3 anzuführen mir gestattete. In diese Categorie rubriciren gerade diejenigen Symptome, welche stets als für die Hysterie als pathognomonisch aufgefasst worden sind. Aus diesem Grunde, scheint mir, wird die Hysterie vielfach schlechtweg als eine auf

Vorstellungen beruhende Erkrankung definirt. Diese Definition erscheint insofern nicht befriedigend, als sie erstens nicht berücksichtigt, dass die betreffenden Vorstellungen bereits bei ihrer Entstehung in eine bestimmte Richtung gerückt sind, unter einem gewissen Banne stehen, — unter dem Banne der Erkrankungsintention. Zweitens aber finde ich in der eben genannten Definition diejenigen Fälle vernachlässigt, in denen objectiv nachgewiesene, schwere, ja tödtliche Leiden vorliegen. Weder lässt sich behaupten, dass solche Leiden auf Vorstellung beruhen, noch — dass sie hysterisch sind; hysterisch aber ist der psychische Act, der diese Leiden zum Lebenszwecke machte.

Habe ich gleich bisher nur der sogenannten accidents Erwähnung gethan, d. h. nach Pierre Janet, derjenigen Symptome, welche vorübergehend auftreten und das subjective Leiden des Patienten ausmachen, so bin ich doch weit davon entfernt, die Existenz sogenannter hysterischer Stigmata leugnen zu wollen. Es giebt gewiss unveränderliche, objectiv nachweisbare Anomalien auf nervösem Gebiete, die dem Träger keine Beschwerden verursachen, ja nicht einmal zu seinem Bewusstsein gelangen. Sie sind aber practisch wie theoretisch nicht verwerthbar, denn einmal weist lange nicht jeder Hysterische Stigmata auf und andrerseits kann in ihnen nichts speciell für die Hysterie Pathognomisches erblickt werden, sobald principiell anerkannt wird, dass das Vorhandensein objectiv nachweisbarer functioneller Störungen lediglich den Beweis erbringt für die Labilität des Gleichgewichtes zwischen Reiz und Hemmung auch auf somatischem Gebiete. Es handelt sich hier um Innervationsanomalien auf motorischem, sensiblem, sensorischem und trophischem Gebiete; als solche sind aber Paresen, Anästhesien, Gesichtsfeldeinengung, Reflexanomalien und Darmneurose, kurzum, Accident und Stigma absolut gleichwerthig und beweisen an sich das Vorhandensein der Hysterie ebenso wenig wie das Oedem ein vitium cordis.

Die Hysterie ist der Günstling der ärztlichen Kunst, aufgezogen insbesondere durch die symptomatische Behandlung der Hysterischen; denn die Behandlung eines jeden Symptomes als solches bedeutet eine Sanctionirung desselben, diese aber entspricht ganz und gar der Intention des hysterischen Individuums, ist dadurch als schädlich gekennzeichnet und zu verwerfen. Damit will ich keineswegs über die Behandlung hysterischer Symptome den Stab gebrochen haben: — ich habe sie mit und ohne Erfolg executirt, spreche aber auch der erfolgreichsten Cur nur dann eine wesentliche und dauernde Bedeutung zu, wenn sie verbunden war mit einer zweckmässigen Beeinflussung der Persönlichkeit. Im Uebrigen muss auch in Voraussetzung der allercorrectesten Behandlung das Material hinsichtlich der Prognose streng gesichtet werden: In den frischen, zumal jugendlichen Fällen dürfen wir rundweg von Heilbarkeit der Hysterie reden, wobei der specifischen Cur durchaus nicht die Bedeutung einer conditio, sine qua non zukommt. — Die an Lebensjahren oder gar an Krankheitsdauer älteren Fälle sind a priori als unheilbar zu betrachten und gewöhnlich ist die Prognose um so schlechter, je verschiedenere Behandlungsmethoden bereits eingeschlagen wurden. Freilich darf nicht übersehen werden, dass in den (wie ich sie nennen möchte) verdorbenen Fällen durch die Behandlung ausgiebige Ver-

änderungen erzielt werden, doch nur unter der Voraussetzung, dass dem Patienten für seine Krankheit ein Aequivalent geboten wird, welches für seine labile Psyche wenigstens zeitweilig die Rolle des deus ex machina übernehmen kann: Begeisterte Aufnahme der eingeschlagenen Curmethode, läppischer Enthusiasmus in der Anhänglichkeit zum behandelnden Arzte und andere an sich werthlose Seelenzuckungen versetzen das ganze Wesen des Patienten in so ausgiebige Bewegung, dass ihm die Krankheit als Lebensmotor entbehrlich wird.

Ein einschlägiges, wenn nicht das wirksamste Mittel für diese bedeutungslose Curmethode ist ohne Frage der Hypnotismus, dessen Anwendung auf frische Fälle als grobes Versehen bezeichnet werden muss. Es giebt keinen consequenteren, keinen raffinirteren Weg, das Individuum gleichzeitig in das Bewusstsein des Krankseins, — wie der persönlichen Unselbstständigkeit und Verantwortlichkeit — einzulullen, als das hypnotische Heilverfahren. Zum Mindesten erscheint es nicht plausibel, aus welchem Grunde dieses an sich schon vorhandene oder im Aufkeimen begriffene Bewusstsein genährt und gefördert werden soll, nb. in einem Krankheitsstadium, in welchem das Erstreben des Gegentheiles noch von Erfolg gekrönt sein kann.

An dieser Stelle möchte ich nicht versäumen, einen Ausspruch des Herrn Dr. Th. Tiling, Directors der Irrenanstalt Rothenberg, anzuführen, der sich gelegentlich über die Neigungen und Gewohnheiten hysterischer Individuen etwa folgendermassen äusserte: „Es muss ihnen Alles abgewöhnt werden, zu allererst — der Arzt.“ Die Consequenz dieses elastischen Ausspruches enthält eine eindringliche Warnung eigener Art für Jeden, der an die Behandlung recenter Fälle von Hysterie herantritt. —

Als eine feinere Art von „Heilung“ prognostisch ungünstiger Fälle lässt sich die Erscheinung beobachten, die eine Inversion der Hysterie involvirt, wie ich mich ausdrücken möchte: das Kranksein verliert aus irgend welchen Gründen an Werth und Reiz und bei fortbestehendem Dilemma muss nun der Trunk, der Morphinismus, der Selbstmord, allerlei Equilibristik auf philanthropischem Gebiete, die Bühne, das Kloster, das Bordell (beim weiblichen Individuum), die Vagabondage (beim männlichen Individuum) in Scene treten. Kurzum — das Individuum will sich aus dem schwindelerregenden Schwanken zwischen Wollen und Können durch einen Sprung retten; es umgeht die dem Entarteten unerfüllbaren Forderungen des socialen Systemes, es flieht vor der grausamen Wirklichkeit, es dürstet nach momentanen Erfolgen, hascht nach wohlfeilen Lorbeeren, es tastet umher in dem Wirrwarr einer lebenslänglichen Sturm- und Drangperiode.

Sigmund Freud, der bei Hysterischen die Neigung zur „Conversion“ constatirt, d. h. „zur Uebersetzung von correctionslosen Erregungsummen ins Somatische“, — erklärt die Entstehung hysterischen Irreseins derart, „dass es Personen giebt, die keine Eignung zur Conversion besitzen, in Folge dessen muss der Affect auf psychischem Gebiete verbleiben.“ Ich möchte meinerseits der Ansicht Ausdruck verleihen, dass hysterisches Irresein nicht nur da Platz greift, wo keine Eignung zur Conversion vorhanden war, sondern auch bei Individuen, die zu guter Letzt in der Conversion

keine Befriedigung und nicht die ersehnte Erlösung finden. Beiläufig will ich an dieser Stelle bemerken, dass ich dem hysterischen Irresein keineswegs alle bei Hysterischen vorkommenden Geistesstörungen einverleibe, wovor in neuerer Zeit wiederum von Pierre Janet eindringlich gewarnt wird.

An das entartete oder bereits als hysterisch gekennzeichnete Individuum tritt ein Erlebniss, eine Empfindung heran, die einen gewaltigen Affect hervorruft. Jeder Eindruck fördert bekanntlich starke, schwache oder gar keine Hemmungen zu Tage, je nach Massgabe der vorhandenen Associationen. Bei Personen, die auf der Stufe höchstmöglicher Entwicklung stehen, sind wir gewohnt, die Empfindung und ihre Verarbeitung zum Urtheile gewissermassen als einen Act ablaufen zu sehen. Sie verhalten sich zu einander wie der Reiz zum Reflex. Was also im rüstigen Gehirne spielend vor sich geht, wird im minderwerthigen zu einem complicirten Acte: das Individuum sieht sich gezwungen, zu dem an sich uncorrigirten Eindruck Stellung zu nehmen, es muss die Willenskräfte in Action setzen, um den Eindruck zu rubriciren und zu hemmen, was wegen Unzulänglichkeit der Erinnerungsbilder schlecht oder gar nicht gelingt. Das Individuum wird nun vom Affect, d. h. vom unneutralisirten Eindrucke hin- und hergezerrt, — es ergiebt sich ihm, hält und erklärt sich selbst für „verrückt“ und benimmt sich danach. Die vom Affecte zu Tage geförderten Symptome sind natürlich sehr mannigfach und an sich ohne Bedeutung. Wichtig ist die Stellungnahme des Patienten zu seinem Affecte und die Benutzung desselben.

Aus dem Erwähnten geht hervor, dass wir bei solchen Patienten 3 Categorien psychopathologischer Erscheinungen nicht zu erwarten haben: 1. Sinnestäuschungen, 2. Wahnideen, 3. Unfähigkeit, sich in den Eindrücken zurechtzufinden (Verwirrtheit). Dagegen treten Zwangsvorstellungen und Illusionen mit einer Lebhaftigkeit auf, die unter Umständen zu fälschlicher Annahme von Wahn resp. Hallucinationen verführen kann. Von aller Ueberlegung wird abstrahirt, jeder momentanen Eingebung freier Lauf gelassen und Patient träumt sich hinein in die absurdesten Rollen und Situationen. Irgend ein kleines Talent, eine isolirte Fähigkeit treibt ihn zu den unpassendsten Versuchen seiner Kräfte, die natürlich mit den kläglichsten Misserfolgen zu Scheiter gehen; an diesem Fiasco ist nun natürlich die Umgebung Schuld, die böse Welt, die das Strahlende zu schwärzen liebt. Patient ist das verkannte und vernichtete Genie. Aber mannigfache Bedenken, allerlei halbwegs corrigirte Vorstellungen lassen die erwähnte Situation zweifelhaft oder unerträglich werden: nun erfolgt ein Zusammenbruch in entgegengesetzter Richtung: Verzweiflung, Selbstvorwürfe, Einsamkeitstrieb, Nahrungsverweigerung; Patient giebt sich als Ursache allen Unglückes in der Familie wie in der Welt aus. Auf diesem Wege hat sich das Krankheitsbild in melancholischen Rahmen begeben. Das Kranksein habe die Bedeutung einer Strafe und der Trieb, der verfahrenen Situation ein Ende zu machen, führt zum tentamen suicidii: Ein Sprung aus dem Fenster des ersten Stockes, das Ritzen der Haut mit einem stumpfen Messer, vergebliche Drosselversuche mit einem Taschentuche, Verschlucken von Gegenständen oder von geringen Dosen giftiger Substanzen sollen der verfehlten Existenz ein jähes Ende bereiten. Die Lautheit und

Zudringlichkeit der Selbstanklagen, flagellantenhafte Selbstbespiegelung und Sättigung an der eigenen Schuld geben der Krankheit ein characteristisches Gepräge und lassen dieselbe unschwer von der eigentlichen Melancholie unterscheiden. — Hat nun die Verzweiflung und Zerfahrenheit des Patienten ihren höchsten Grad erreicht, so stellt sich Mutacismus ein oder der hysterische Krampfanfall erscheint auf dem Tapet, der Ausdruck par excellence für alle hysterischen Unlustgefühle überhaupt. Hier möchte ich auch der hysterischen Pseudo-Verwirrtheit Erwähnung thun. Ich habe dergleichen nur bei Individuen beobachtet, welche bei besonders hochgradiger Lebhaftigkeit des Affectes in der Aeusserung ihrer Krankheit zur Uebertreibung gedrängt wurden. Von Ort und Zeit will der Patient nichts wissen, er versteht, begreift und erkennt anscheinend überhaupt nichts oder sehr wenig und langsam, was dadurch Ausdruck gewinnen soll, dass er z. B. Gegenstände erst nach langer, sorgfältiger Betrachtung mit höchst abgeschmackten Umschreibungen bezeichnet: Zündhölzchen = „womit man brennt", Papyros = „weisse Cigarre", Ring = „rund" u. dgl. m. Bestimmte Buchstaben werden beim Lesen ausgelassen oder sie werden in der Mitte des Wortes fliessend gelesen, aber am Anfange des Wortes nicht erkannt. Patient nimmt einen hilflosen Gang an, spielt verlegen mit seinen Fingern, macht verrenkende Bewegungen mit den Händen und Armen und spricht mit kindlich-rührseliger Stimme unzusammenhängende Dinge. Die Handlungen sind häufig verkehrter als bei den allerdisorientirtesten Deliranten, lassen aber eine gewisse Consequenz und Planmässigkeit erkennen, die mit einer thatsächlichen Verwirrtheit nicht in Einklang zu bringen sind. Patient gebährdet sich höchst ungeordnet, jedoch nur in einem bestimmten Raume oder in bestimmter Gesellschaft; er zerschlägt Fensterscheiben, aber nur so, dass er dabei ohne Verletzung davonkommt, oder er ist im Gegentheil durchaus darauf bedacht, sich ganz bestimmte Verletzungen beizubringen. Zeitweilig will er es mit bewunderungswürdiger Energie durchsetzen, baarfuss in den Schnee zu laufen, dann wieder folgt eine Periode, in der Patient sein ganzes Sinnen und Trachten ausschliesslich darauf richtet, z. B. Nachtgeschirre umzuwerfen. Der beste Beweis für Abwesenheit thatsächlicher Unfähigkeit, sich in den äusseren Eindrücken zurechtzufinden, ist gegeben, wenn Nachahmungstrieb bemerkt wird, der allerlei Krankheitssymptome aus der Beobachtung der Umgebung mit Geschick oder Ungeschick reproducirt. Noch eclatanter ist der Nachweis, wenn es gelingt, den Kranken durch Reizen in Zorn zu versetzen. Dann erfolgt entweder ein unverfälschter Zornausbruch als deutlichster Beweis dafür, dass Patient auch das letzte an ihn gerichtete Wort wohl verstanden hat, oder es stellt sich blinde Wuth ein, eine Art Tobsucht, die sehr gewöhnliche Reaction Hysterischer auf äusseren Druck. Es kommt in dieser hysterischen Tobsucht alles vor, was irgend unter Toben verstanden werden kann, jedoch ohne den Chic, das Geschick und die Erfindungsgabe des Maniakus, ohne die beängstigende Erregung des Paralytikers und ohne die characteristische Unmotivirtheit bei agitirten Schwachsinnigen. Ganz zutreffend würde das unbefangnee Laienurtheil dieses Benehmen als im höchsten Grade flegelhaft bezeichnen.

Gerade die hysterische Tobsucht bietet dem Beobachter die beste Gelegenheit, zu constatiren, dass Patient sich dem gegebenen Affecte mit

einer gewissen Genugthuung hingiebt und geisteskrank sein will. Solches dürfte vielleicht grössere Schwierigkeiten bieten, sobald das Krankheitsbild vorwiegend von Illusionen beherrscht ist und insbesondere da, wo diese Illusionen auf sexuellem Boden stehen, der in der Fruchtbarkeit für die Production psychischer Missbildungen und Auswüchse allenfalls noch den religiösen Zelotismus neben sich duldet; Patient oder häufiger Patientin fühlt sich durch geschlechtliche Ansinnen seitens vorhandener oder nicht vorhandener Personen verfolgt. Ab und zu wird sie genothzüchtigt, wälzt sich auf dem Fussboden, schreit, macht Beckenbewegungen und durchlebt per illusionem ein wahres Kreuzfeuer sexuellen Unflathes. Hierbei werden die Augen geschlossen gehalten. Je nach dem Character solcher Illusionen ist Patientin nach derartigen Scenen verzweifelt, entehrt, für immer geschändet oder aber es greift eine grenzenlose Verzückung Platz, da Patientin des Coitus mit dieser oder jener hochgestellten resp. ersehnten Persönlichkeit gewürdigt wurde. Patientin phantasirt sich nunmehr in die Rolle einer Gattin der betreffenden Person hinein, ist Grossfürstin geworden, ladet zu ihrer Krönung ein u. s. w. Dieser anscheinende Wahn nimmt aber — wie die Zwangsvorstellung — nicht das ganze Bewusstsein des Individuums ein. Der Patient befindet sich sozusagen nicht im Wahn, sondern ausserhalb desselben. Der hier obwaltende psychologische Hergang entspricht etwa der Tendenz des begabten Schauspielers, sich nach Möglichkeit in die darzustellende Rolle hineinzuleben, sich in ihr zu fühlen; die Beeindruckung des Publikums ist nicht das directe Ziel seines ernsten Strebens. — Beim Examiniren der Patienten bringen dieselben das Gewähnte gewöhnlich nicht als Factum vor, sie äussern sich nicht über das, was ihr Bewusstsein alterirt, sondern halten sich darüber auf, dass es da ist oder, — dass das Vorhandene angenehm resp. unangenehm sei. Kommt es nichtsdestoweniger vor, dass die Illusion als Thatsache referirt wird, so geschieht dieses unter Beifügung irgend einer Kritik oder der an den Hörer gerichteten Bitte, dem Referate nur ja Glauben schenken zu wollen; auch wird nicht selten der Lauf der Erzählung von einem schlecht unterdrückten Lächeln begleitet oder gar unterbrochen. Dieselben Erscheinungen und Beobachtungen sind auch beziehentlich der vermeintlichen Hallucinationen der Hysterischen giltig.

Am deutlichsten tritt dieses getheilte oder Doppelwesen des hysterischen Irreseins zu Tage, wenn dasselbe in den Rahmen der folie du doute gefasst ist — es ist eine Erquickung in der Selbstquälerei, die schliesslich ihren Gipfelpunkt erreicht in der verzweifelten Erwägung des Patienten, ob seine Krankheit nicht ein Sichgehenlassen sei oder gar auf Simulation beruhe? — Dieser Zweifel ist natürlich von hohem Interesse und pathognomonischem Werthe, da er einen Beweis liefert für die Stellungnahme des Kranken zur eigenen Krankheit. Das hysterische Irresein ist oft den ausgiebigsten und überraschendsten Metamorphosen unterworfen. Es kann mit anderen hysterischen und nichthysterischen Entartungserscheinungen abwechseln oder aber vermengt sein und steht unter dem Einflusse des Lebensalters, Bildungsgrades, der Culturstufe und der Nationalität des Patienten. Das Auftreten des hysterischen Irreseins geht nicht selten auf dem Wege der Induction vor sich; ihm zähle ich alle mir bisher zugänglich gewordenen Fälle von

inducirtem Irresein zu. Als überflüssig möchte ich noch hinzufügen, dass der inducirende Fall und seine Krankheitsform mit der Hysterie nichts zu thun zu haben braucht.

Das hysterische Irresein ist sowohl acute wie chronische Psychose und gelten für seine Dauer und Heilbarkeit die nämlichen prognostischen und therapeutischen Gesichtspunkte wie für die Hysterie überhaupt. Bei den prognostisch günstigen Fällen ist neben der psychischen Allgemeinbehandlung die Isolirung nicht ausser Acht zu lassen: schon wegen der Neigung Hysterischer zum Inducirtwerden.

Dass der hysterische Irre sich selbst krank fühlt, braucht nach dem Gesagten gewiss nicht mehr hervorgehoben zu werden, ich betone es aber nochmals, weil Hysterische nur allzu häufig subjectives Gesundheitsgefühl angeben, sobald sie überzeugt sind, dass die Umgebung sie unzweifelhaft als krank nimmt. Diese Erscheinung beruht psychologisch auf einem dem oben besprochenen „Genesungswunsche" völlig analogen Processe: der Patient fühlt sich krank, wäre aber gerne noch kränker und lässt in dieser Intention die Krankheit an Ernst und Schwerkraft gewinnen durch den angeblich sogar vorhandenen Mangel des Krankheitsbewusstseins. Andere Patienten freilich verlangen stürmisch nach der Ueberführung ins Irrenhaus. Ein solches Verhalten entspricht natürlich rückhaltsloser dem Wesen des hysterischen Irreseins; die Intention, krank zu sein, das Kranksein wollen, ein gewisses selbstthätiges Moment ist eben das Entscheidende für die Beurtheilung des hysterischen Irreseins wie der Hysterie überhaupt, die wir nach ihren Einzelsymptomen und verschiedenen Erscheinungsformen nicht abgrenzen können. Denn die Hysterie ist: Kranksein als Aequivalent des psychischen Gleichgewichts bei subjectiv empfundener Unzulänglichkeit entarteter Individuen.

II. Original-Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 9. März 1896.

222) **H. Köppen**: Ueber Gedankenlautwerden.

Der vorgestellte Kranke gehört zu der Gruppe der hallucinatorischen Paranoia, ist intelligent und daher im Stande, seine krankhafte Störung gut zu schildern. Er hört seine eigenen Gedanken laut nachsprechen, auch wenn er schreibt oder liest — er hört das Geschriebene erst während des Schreibens oder wenn er nachdenkt über das, was er schreiben soll. Beim Arbeiten, besonders wenn ihn seine Arbeit interessirt, nimmt das Gedankenlautwerden ab. Als er in Amerika war, wurde ihm englisch nachgesprochen, wenn er sich irgend etwas englisches überlegte. Niemals hat Patient das Gefühl gehabt, als ob seine Zunge oder seine Lippen bewegt würden, wenn seine Gedanken laut wurden. Ausser dem Lautwerden seiner Gedanken hat Patient noch Hallucinationen anderen Inhalts. Er hört Stimmen, die seine Gedanken besprechen und kritisiren. Vortragender macht dazu folgende Betrachtungen:

Von Gedankenlautwerden soll man nur sprechen, wenn wirklich aus den Aeusserungen der Kranken hervorgeht, dass sie ihre eigenen Gedanken wiederholt hören, nicht wenn die Kranken nur glauben, ihre Gedanken würden wohl laut, da sie von Stimmen kritisirt würden. Das Gedankenlautwerden in dem vorgestellten Fall gehört unter die Gehörshallucinationen und kann nicht als Hallucination des Muskelsinns aufgefasst werden. Der Kranke hört seine Gedanken nachgesprochen, er hat aber nicht etwa die Empfindung, als ob mit seinen eigenen Sprachwerkzeugen gesprochen würde, er hat nicht die Empfindung, als ob seine Zunge oder seine Lippen bewegt würden. Nur wenn dies der Fall wäre, kann man von einer Muskelsinnhallucination sprechen. Das beobachtet man in der That. Ein Theil der seiner Zeit von Cramer veröffentlichten Fälle gehört hierher. Vortragender beobachtete selbst eine Kranke, die Zungenbewegungen fühlte und dann meinte, der heilige Geist spräche mit ihrer Zunge. Für den grössten Theil der Cramer'schen Fälle ist aber das Gedankenlautwerden eine Gehörshallucination ganz, wie bei dem vorgestellten Kranken. Das acustische Gedankenlautwerden gehört zu der grossen Gruppe der Hallucinationen, die in enger Beziehung zu den Gedankengängen der Kranken stehen. Im Gegensatz zu dieser Gruppe stehen die Hallucinationen, welche dem Individuum als fremdartig erscheinen. Will man sich von dem Zustandekommen der Hallucinationen eine Vorstellung machen, so wird man folgendes annehmen können: Bei allen Hallucinationen ist eine Erkrankung des Stirnhirns anzunehmen. Bei den einen Hallucinationen wird aber ausserdem im Sinneshirn ein krankhafter Zustand vorhanden sein, bei den Hallucinationen, die als fremdartig erscheinen — bei den anderen Hallucinationen steht die Erkrankung des Stirnhirns im Vordergrund, dies sind die Hallucinationen, die den Kranken als Wiederholung oder Kritik der eigenen Gedanken erscheinen. Ebenso wie der Paranoiker die Dinge der Aussenwelt verkehrt auffässt und mit seiner Persönlichkeit in eine besondere Beziehung bringt, ebenso fasst er auch Vorgänge, die sich in seinem Gehirn abspielen, verkehrt auf. Das gewöhnliche Hervorrufen des Wortklangbildes beim Denken wird so von diesen Kranken als eine Wiederholung der eigenen Gedanken durch andere gedeutet. So wird man sich vielleicht das Gedankenlautwerden, wenn es rein acustisch ist, erklären können. Glaubt der Kranke, seine Zunge oder seine Lippen würden dabei von anderen in Bewegung gesetzt, so deutet er eben das beständig sich beim Denken abspielende Innervationsgefühl in den Sprachmuskeln als von einer fremden Person herrührend.

223) **T. Cohn:** Zur Symptomatologie der Gesichtslähmung.*)

224) **H. Heller:** Zur Technik der Osmirung des Centralnervensystems. (Autoreferat.)

M. H. Ich erlaube mir, Ihnen an einigen Präparaten eine modificirende Osmiumfärbung des Centralnervensystems zu demonstriren. Die Methode wurde ursprünglich von mir zur Färbung der markhaltigen Nervenfasern der Haut ausgebildet; ich habe dieselbe in der Berliner klinischen Wochenschrift 1895, Nr. 50 beschrieben und wiederholt Präparate, die nach derselben tingirt waren, demonstrirt. (Charité-Gesellschaft, Festsitzung der

*) Erscheint demnächst in extenso im neurolog. Centralblatt.

dermatologischen Gesellschaft zu Ehren des Herrn Geh. Rath Lewin.) Die Anwendung dieser Methode auf das Centralnervensystem ist ausserordentlich einfach. Die Präparate werden in Müller gehärtet, mit Celloidin durchtränkt. Eine für die Weigert'sche Methode nöthige Durchtränkung mit Kupferlösung ist völlig unschädlich, keineswegs aber nöthig. Die Schnitte kommen in 1% Osmiumsäurelösung, in der sie im Brutschrank ca. 10 Minuten, in der Zimmertemperatur eine halbe Stunde etwa verweilen. Nach Abspülung in Wasser werden sie in eine reducirende Flüssigkeit gebracht. Ich habe Pyrogallus, meist in der Form eines photographischen Entwicklers verwandt. Die Schnitte werden nach kurzer Zeit völlig schwarz, da überall die Osmiumsäure in metallisches Osmium reducirt wird. Da die Gewebe je nach ihrer reducirenden Kraft den Osmiumniederschlag verschieden festhalten, kann man durch eine Oxydirung in einem Bade von übermangansaurem Kali eine Differenzirung erzielen. Es halten nur Fett und Markscheiden den Osmiumniederschlag fest, während alle anderen Gewebselemente ihn wieder abgeben. Da das übermangansaure Kali das Präparat unerwüncht braun färbt, erzielt man eine Entfernung des überflüssigen Oxydationsmittels durch ein Bad von 2% Oxalsäure. Die Markscheiden erscheinen dann schwarz auf gelb-weissem Grund. Die Methode ist sehr leicht anzuwenden, giebt sichere Resultate, die Präparate bleiben völlig unverändert (seit ca. einem halben Jahre), wenn man zwischen den einzelnen Manipulationen für gründliche Auswässerung sorgt. Unterlässt man diese Vorsichtsmassregel, so gehen noch nachträglich Reductions- und Oxydationsprocesse vor sich Die Conservirung ist die allgemein übliche (Balsam).

Die Methode bietet m. E. dasselbe wie die Weigert'sche. Sie hat jedoch zwei Vortheile. Einmal kann man sehr leicht eine Combination mit einer Kernfärbung vornehmen. Ich habe Alaun-Carmin benutzt und die Schnitte vor und nach der Osmirung tingirt. Zweitens erscheinen mir die schwarz-weissen Bilder sehr geeignet für die photographische Wiedergabe, während die blauen Farbentöne der Weigert'schen Färbung photographisch einige Schwierigkeiten machen. Ich erlaube mir, Ihnen eine mit der sehr primitiven Jahr'schen Camera aufgenommene Photographie zu zeigen.

Weit wichtiger als diese Momente scheint mir der Umstand zu sein, dass wir Markscheidenveränderungen an Schnitten, die in der Serie auf einander folgen, mit Osmium und mit Hämatoxylin (Weigert) untersuchen können. Es wird doch eine nicht zu unterschätzende Controlle ausgeübt, wenn in zwei aufeinanderfolgenden Schnitten die Markscheide kein metallisches Osmium und kein pflanzliches Hämatoxylin annimmt. Bei meinen Untersuchungen über die experimentelle Polyneuritis mercurialis und über Rückenmarksveränderungen beim Pemphigus foliaceus magnus ist mir gerade diese controllirende Eigenschaft meiner Methode von Nutzen gewesen.

Ich möchte daher den Neurologen die Methode empfehlen, ich glaube, dass dieselbe auch für ganz frische Markveränderungen (ähnlich wie die Marchi'sche) verwendet werden kann. Wenigstens sprachen einige Befunde an peripherischen Nerven dafür. Herr Dr. Gumpertz wird demnächst über dieselben berichten.

Discussion.

H. Schuster fragt, ob das Verfahren auch auf nur in Alcohol gehärtete Präparate anwendbar sei.

H. **Heller** hat keine Erfahrung darüber.

H. **Rosin**: Die Heller'sche Methode sei gewiss mit Freude zu begrüssen, da sie die Weigert'sche zu ersetzen und schneller als diese und die Pal'sche Modification zu sein scheint. Er möchte nur den Vergleich dieser Methode mit der Marchi'schen berühren. Er glaube, dass es nicht gelingen wird, dieselben miteinander in Einklang zu setzen. Denn die Marchi'sche Methode habe ihre eigene und interessante Theorie. Man bietet dem Nervengebiete mehrere Substanzen in Mischungen; 1. Chromsäure mit Osmium. Nun tritt das Interessante ein, dass das gesunde Myelin niemals die Osmiumsäure, sondern nur die Chromsäure annimmt. Umgekehrt, die kranke Markscheide nimmt Osmiumsäure an. Das will sagen, dass die Markscheide, wenn sie zerfällt, zugleich chemisch sich verändert in einen Körper, der eine grössere Affinität zum Osmium hat. Sie nähert sich dann dem Fette, welches nicht die Chromsäure annimmt, sondern die Osmiumsäure. Schon beim Gesunden liegen im Gehirn und Rückenmark und in der Adventitia Fettschollen, die sich nach Marchi schwarz färben. Das sei biologisch von grossem Interesse. Die Heller'sche Methode könne das Stadium der ersten Zerfalls der Markscheiden nicht anzeigen wie die Marchi'sche. Er frage, ob Herr Heller in Bezug auf die mit der Golgischen Methode gewonnene Zertheilung der Nervenfaser neuere oder identische Gesichtspunkte gefunden habe.

Herr **Heller**: Den theoretischen Ausführungen des Herrn Rosin gegenüber bemerke ich, dass für meine Auffassung positive Befunde sprechen. Anscheinend wird nach meiner Methode die gesunde Faser schwarz gefärbt; die Faser, deren Mark ganz zu Grunde gegangen ist, bleibt ungefärbt. In den Zwischenstadien jedoch scheint der Markzerfall durch einen Niederschlag von körnigen und schollenähnlichen Osmiummassen sich anzudeuten. Der Zweck meiner Demonstration war gerade, die Neurologen zur Untersuchung einschlägiger Fälle mit Hülfe der geschilderten Methode anzuregen.

225) Herr **Bödeker** und Herr **Juliusburger**: Demonstration von Rückenmarksveränderungen bei tödtlicher Anämie. (Autoreferat.)

Herr Bödeker und Herr Juliusburger berichten unter Demonstration von Präparaten über Rückenmarksveränderungen zweier Fälle, welche unter dem Bilde schwerer spinaler Erkrankung und progressiver Anämie letal verliefen.

Der erste Fall betrifft eine 57jährige Wirthschafterin, welche im Juni 1894 ein Gesichtserysipel durchmachte. Ende September 1885 häufige Kopfschmerzen und Schwarzwerden vor den Augen, sowie Blässe der sichtbaren Schleimhäute. In der Folgezeit unsicherer Gang (taumelnd, schwankend). Ataxie der unteren, in geringerem Grade der oberen Extremitäten, allmählige Abnahme der groben motorischen Kraft, der unteren Extremitäten. Die Sehnenreflexe waren bis zum Tode erhalten. Allgemeine Hyperästhesie. August 1895 doppelseitiges Gesichtserysipel. Vielfaches Klagen über Parästhesien mannigfacher Art. Zunahme der früher schon erwähnten Symptome, sowie der die höchsten Grade erreichenden Anämie. Blut von wässeriger Beschaffenheit, beträchtliche Abnahme der Zahl der rothen Blutkörperchen, Poikilocitose. Milzschwellung. November 1895 exitus letalis. Aus dem Sectionsbefund sei hervorgehoben neben der hochgradigen Anämie

sämmtlicher Organe das himbeergeleeartige Aussehen des Knochenmarks. Die microscopische Untersuchung liess in der Leber hier und da kleine nekrotische Herde erkennen; die Epithelien der Niere waren auffallend reichlich mit Pigmentkörnchen gefüllt etc.: das Rückenmark wurde zum Theil in Müller'scher Flüssigkeit, zum Theil in 95% Alcohol gehärtet, auch die Marchi'sche Methode wurde angewendet.

In den Hintersträngen fand sich in nahezu symmetrischer Anordnung eine vom Lendenmark nach aufwärts an In- und Extensität zunehmende Sclerose, welche im Lendentheil die mittlere Wurzelzone befallen hat und nach aufwärts als Verdichtung der Goll'schen Stränge auftritt. Im Lendentheil zeigt sich im Bereiche der Seitenstränge die Sclerose in Form eines Dreiecks, dessen Basis der Peripherie anliegt und welches nach oben hin an In- und Extensität zunimmt. Die Sclerose hat in fast symmetrischer Weise einen Theil der Pyramidenseitenstränge, die Kleinhirnseitenstränge, sowie des Gowers'schen Bündels ergriffen. In den Vordersträngen findet sich eine diffuse Sclerose im Halsmark. Die Sclerose ist überall umgeben von hellen Partien, welche das Microscop als ein System von mehr oder weniger rundlichen Räumen erkennen lässt; in diesen finden sich die Markfasern in allen möglichen Stadien acuter Degeneration. Zum Theil finden sich in den Maschen, besonders im Verlauf der Septen und in der Umgebung der Gefässe, oft bis dicht an die Pia Zellen mit ein oder zwei Kernen. Präparate nach der Marchi'schen Methode zeigen, wie diese Zellen von einem sehr zierlichen Netzwerke durchzogen werden. Die kleineren Gefässe im Bereiche der Sclerose zeigen Wandverdickung mit hyalinen Einlagerungen, ihr Lumen ist oft verengt und gelegentlich thrombotisch ausgefüllt. Reichliches Vorhandensein von Spinnenzellen.

In der grauen Substanz findet sich hier und da ein kleiner Herd acuter Faserdegeneration. Die Vorderhornzellen sind zum Theil verändert: das Protoplasma trüb, die Granula staubförmig in der Zelle zerstreut etc. In diesen Zellen ist der Kern oft nicht zu sehen, hin und wieder zeigt er Randstellung. Eine Anzahl von Vorderhornzellen zeigt eigenthümliche, stabförmige, auf dem Querschnitt rundlich erscheinende Gebilde, welche gelegentlich die ganze Breite einer Zelle durchqueren, andere Male ganz in der Zelle, dann wieder zum Theil in letzterer, zum Theil ja hin und wieder ganz im pericellulären Raume liegen. Diese Körper färben sich bei Anwendung eines Gemisches von Jodgrün + bas. Fuchsin röthlichbraun, bleiben aber ungefärbt bei Färbungen mit Methylenblau, Eosin, Hämatoxylin etc. Die Zellen der Clarke'schen Säulen zeigen deutliche Veränderungen.

Die Pia mater, sowie ihre Gefässe, die extramedullären Wurzeln, zeigen keine Veränderungen, während solche acuten Characters in den eben eingetretenen hinteren Wurzeln zum Theil zu finden sind. In den Hintersträngen lässt sich die Veränderung bis zu ihren Kernen, in den Seitensträngen bis zur Pyramidenkreuzung, in den Kleinhirnseitensträngen bis zur Hypoglossusgegend verfolgen.

Der zweite Fall betrifft einen 27jährigen Patienten, der seit Monaten an Schwindelanfällen litt, durch seine Blässe auffiel und seit Jahresfrist über Parästhesien in den unteren, weniger in den oberen Extremitäten geklagt hatte. Während des fünfmonatlichen Aufenthaltes in der Anstalt

bestanden objectiv und subjectiv Sensibilitätsstörungen in allen Extremitäten, lebhafte Schmerz- und Druckempfindlichkeit. Es entwickelten sich zuerst an den unteren, später an den oberen Extremitäten eine bis zu den extremsten Graden fortschreitende Ataxie mit enormen Störungen des Muskelsinns und Fehlen des Kniephänomens. Zunehmende allgemeine Körperschwäche, hochgradige Anämie, incontinentia alvi et vesicæ. In den letzten Wochen ante mortem trat Neuritis optica und endlich eine sich aus der bestehenden Paraparese entwickelnde Paraplegie beider Beine ein. Die anatomische Untersuchung des Rückenmarks ergab im Wesentlichen den gleichen Befund wie im ersterwähnten Falle, nur trat im zweiten Falle der herdförmige Character der Degeneration sehr deutlich entgegen.

Vortragende glauben, dass die erwähnten Fälle zur Categorie der Spinalerkrankungen bei letaler Anämie gehören, wie sie von Lichtheim, Minnich, Nonne und Anderen beschrieben worden sind. Die letale Anämie wird nicht als Ursache der Rückenmarkserkrankung angesehen, sondern beide werden von einer uns unbekannten Noxe hervorgerufen und nur durch ihr Verhältniss zu der ihnen wahrscheinlich gemeinsamen uns allerdings noch völlig unbekannten Ursache stehen sie in gewisser Beziehung zu einander. Der anatomische Process wird als eine in Schüben verlaufende acute, bezüglich subacute Myelitis aufgefasst, welche ursprünglich oft in symmetrischen, kleinen, später zu grösseren Degenerationsformen confluirenden Herden aufschiesst. Diese Herde stehen wahrscheinlich in unmittelbarer Beziehung zur Gefässvertheilung.

Discussion.

H. Rotmann: Die Bedeutung der perniciösen Anämie für die combinirte Seitenstrangerkrankung ist von Minnig und Nonne hervorgehoben worden. Diese haben die Entstehung derselben von Gefässherden aus und das Intactbleiben der grauen Substanz betont. Insofern möchte ich es freudig begrüssen, dass die graue Substanz hier verändert gefunden wurde. Ich habe darauf hingewiesen, dass diese combinirten Strangerkrankungen wahrscheinlich auf Veränderungen der grauen Substanz beruhen, und die Erwartung ausgesprochen, dass durch feinere Methoden auch solche entdeckt würden. R. führt die Gründe seiner Annahme weiter aus. Er habe auch die geschilderten Zellen beobachten können, die sich gleichfalls an den erkrankten Gefässen in ungeheuren Massen fanden. Ob es sich um Leucocyten handle, möchte er dahingestellt sein lassen.

H. Bödeker: Die Erklärung ist ja möglicher Weise zutreffend. Aber die vorliegenden Fälle geben dazu keinen Anhaltspunkt, dass die graue Substanz primär erkrankt ist, so dass die Veränderung der Marksubstanz als secundär aufzufassen wäre. Der Grad ist ein ungleich viel geringerer und nur partiell erkennbarer. Im Ganzen und Grossen ist die Beschaffenheit der grauen Substanz eine auffällig viel bessere als die der weissen. Bei den Zellen haben wir nur hervorheben wollen, dass die eigenthümliche Structur nur bei der Marchi-Methode zu erkennen ist und es ist uns entgangen, dass der Vorredner diese Form auch erwähnt hat. Wir legen nicht Werth darauf, diese Zellen zuerst beschrieben zu haben.

H. Rotmann: Ich glaube, dass die Entscheidung über die Frage, welche Substanz primär erkrankt ist, nicht an derartigen Fällen, sondern

nur an frischen zu geben ist, an denen die Erkrankung der weissen Substanz noch geringfügig ist. Wenn sich dann Erkrankungen der grauen Substanz finden lassen, wird meine Vermuthung bestätigt. Auch in anderen Fällen der Litteratur sind derartige Zellen beobachtet worden.

H. Jolly bittet, mitzutheilen, ob nach dem klinischen Befunde mit Sicherheit anzunehmen sei, dass die Anämie die eigentliche Ursache der Rückenmarksveränderungen ist oder ob nicht vielmehr die Anämie erst später hinzugetreten sei, nachdem bereits Rückenmarksveränderungen vorhanden waren. Der Vortragende habe darauf hingewiesen, dass derartige Symptome keineswegs nur durch Anämie herbeigeführt werden können. Er selbst habe eine Reihe von Präparaten, in welchen disseminirte Myelitis nach verschiedenen anderen Ursachen, namentlich nach Infectionszuständen, Erysipel, in einem anderen nach unbestimmten Infectionserscheinungen gefunden wurden. In beiden Fällen war nicht die Rede von perniciöser Anämie. Er frage also, ob nicht als Entstehungsursache der Erkrankung doch noch andere Momente als die Anämie in Betracht kämen und ob diese nicht als secundäre aufzufassen sei.

H. Juliusburger betont im Schlusswort, dass die Rückenmarksveränderungen nicht so ohne weiteres von der perniciösen Anämie abhingen und dass wahrscheinlich beides auf eine gemeinsame Ursache zurückzuführen sei.

Max Edel.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzungsbericht vom 11. Mai 1896.

226) Vor der Tagesordnung stellt **H. Brasch** ein ca. 4jähriges Kind mit Aphasie vor, welche im Zusammenhang mit Scharlach aufgetreten war. Ende März d. J. wurde es bewusstlos. Es zeigte sich ein scharlachartiger Ausschlag. Die jüngere Schwester erkrankte 3 Tage später. Das Fieber ging in einigen Tagen zurück, das Kind sprach aber nicht, während es alles verstand. Der Scharlach verlief übrigens atypisch. Der Urin wurde immer von Eiweiss frei gefunden. 3 Wochen nachher, als Vortragender das Mädchen sah, konnte es noch nichts sprechen. Nach 8 Tagen sprach es, wie die Mutter angab, einige Silben aus dem Schlaf, einige Wochen später konnte es wieder deutlich sprechen, so dass es jetzt fast genesen ist. In Bezug auf die Aetiologie der Aphasie im Kindesalter weiss man, dass sie durch acute Infectionskrankheiten hervorgerufen wird. In erster Linie steht Typhus, dann Diphtherie, Morbillen, Scharlach, selten ist sie bei Variola. Aehnliche Fälle habe er in der Litteratur nicht entdeckt, denn alle scarlatinösen Aphasien waren mit Urämie vergesellschaftet. Ausserdem sei ihm kein Fall bekannt, wo eine Aphasie bei einem Kinde in so früher Zeit aufgetreten und ohne jede Lähmung einhergegangen ist. Die Prognose ist in den meisten Fällen gut. Die Mutter will bemerkt haben, dass das Kind sehr langsam spricht, etwas scandirt, während es früher viel schneller gesprochen habe. Es sei ihm auch aufgefallen, dass es in der linken Hand etwas Tremor zeigte.

In theoretischer Hinsicht sei die Frage von Interesse, warum auch bei den mit Hemiplegien einhergehenden Aphasien der Kinder die Prognose eine

günstige sei. Bei Fällen wie hier mag eine toxische Störung vorgelegen haben. Dass es sich meist um motorische Aphasien handelt, dafür wisse er keine Erklärung. Er habe den Eindruck, dass hier die Aphasie als ein Rückbleibsel der allgemeinen Cerebralerkrankung aufzufassen ist, wisse aber nicht, warum gerade dieses Centrum das am längsten befallene ist.

Discussion.

H. Bernhardt: Das schnelle Zurückgehen der Aphasie bei Lähmungen sei dadurch erklärlich, dass eben das eigentliche Centrum links nicht mitbetroffen ist, sondern irgend welche anderen Partien befallen sind, die die Hemiplegien bewirken, während die Sprachlähmung ein vorübergehender Zustand durch Circulationsstörung ist. Er habe vor Jahren darauf aufmerksam gemacht und auch schon das scandirende Sprechen beobachtet.

227) **H. Lähr**: Ueber Hämatomyelie. (Krankenvorstellung.)

Ein 28jähriger Schlosser fiel 9 Meter tief von einem Baum. Er war kurze Zeit bewusstlos und musste nach Hause getragen werden, weil eine vollkommene Lähmung beider Beine bestand. Er lag 3 Wochen zu Hause. Sehr heftige Schmerzen oberhalb des Kreuzbeins; die Lähmungen gingen zurück: nach 6 Wochen konnte er gehen, nach weiteren 4 Wochen seine Arbeit wieder aufnehmen. Er suchte die Poliklinik der Charité wegen Blasenmastdarmstörungen auf, die von Anfang an bestanden. Die Differentialdiagnose wurde durch die Feststellung einer partiellen, auf die Schmerz- und Temperaturempfindung beschränkten Sensibilitätsstörueg erleichtert, welche die Glutäalgegend betrifft, nach vorn über das Scrotum, den ganzen Penis sich erstreckt und nach abwärts bis zur Mitte der Oberschenkel hinabreicht, also den Bezirk der Sacralnerven einnimmt. Patellar- und Achillessehnenreflexe gut vorhanden. Die Blasenstörung äussert sich darin, dass er wohl merkt, wenn die Blase angefüllt ist, dass er auch den Urin in leidlichem Strahl entleeren kann, dass aber eine besondere Anstrengung der Bauchpresse dazu nöthig ist. Andrerseits zeigt sich Incontinenz: häufig geht Urin ohne seinen Willen ab. Er ist auch im Stande, den Urinstrahl spontan zu unterbrechen. Er empfindet die Ansammlung der Fæces, kann sie aber nur kurze Zeit zurückhalten, was ihm bei flüssigem Stuhl nicht möglich ist. Dazu kommen noch Störungen der Genitalfunction. Etwa 6 Wochen nach dem Unfall trat bei einem Coitusversuch keine Erection und keine Voluptas ein. Nach weiteren 6 Wochen war das wieder der Fall, aber es kam, wie das H. Bernhardt als das letzte Residuum einer ausgedehnten Genitalstörung hervorgehoben hat, zu einer verspäteten Ejaculatio seminis. Die Verbindung von Blasenmastdarmgenital-Störung mit einer Empfindungslähmung im Bereich der Sacralnerven machen im Allgemeinen gewisse diagnostische Schwierigkeiten wegen Unterscheidung von peripherischer oder centraler Affection. (Sitz im conus med. oder cauda equina.) Darauf ist schon von mehreren Seiten hingewiesen worden. Die partielle Empfindungsstörung im vorliegenden leichter zu beurtheilenden Fall weise mit Entschiedenheit darauf hin, dass eine Unterbrechung an der Stelle besteht, wo sich die Schmerz- und Temperatursinn leitenden Fasern von den den Tastsinn vermittelnden abzweigen, also auf die Hinterhörner im conus medullaris. Diese Auffassung werde durch das Fehlen resp. die Abschwächung der Plantar-, Glutäal- und Analreflexe gestützt. Da es nicht

gelungen ist, die Blase auszudrücken, kann es sich nicht um eine vollkommene Lähmung des Sphincters handeln. Die Muskeln sind in keiner Weise trophisch oder motorisch beeinträchtigt. Wir werden also dazu geführt, eine Erkrankung im conus med. anzunehmen, die wir mit Rücksicht auf die Aetiologie als eine Blutung ansprechen. Die Diagnose wird noch durch Klagen des Patienten über Schmerzen in der oberen Lendengegend gestützt. Die anfängliche Paraplegie wird als eine Fernwirkung auf die lumbalen Wurzeln erklärt. Der Fall stehe zwischen den beiden von Kirchhoff und Oppenheim. Die Beobachtung der partiellen Empfindungslähmung giebt Vortr. Veranlassung, eine Frage zu berühren, die von allgemeiner Bedeutung für die Differentialdiagnose zwischen centraler und peripherischer Erkrankung sei, nämlich ob aus der Ausbreitungsweise der Sensibilitätsstörungen in der Haut ein Rückschluss auf den Sitz möglich sei. Bezüglich der Einzelheiten der Erörterungen müssen wir auf eine demnächst im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten erscheinende Arbeit verweisen. Lähr's Befunde, welche an Fällen von Syringomyelie, von anderen centralen Erkrankungen und Hämatomyelie gewonnen sind, entsprechen nicht der Mehrzahl der von anderen Autoren gemachten. Er bespricht die beiden bei centralen Rückenmarkserkrankungen vorkommenden Formen von Sensibilitätsstörungen, die segmentale und die dem Brown-Sequard'schen Typus entsprechende und zeigt an einem weiteren Fall von Hämatomyelie, dass sich beide Formen einmal bei einer ausgedehnten centralen Blutung combiniren können.

Discussion.

H. Schuster: Vortr. bezog die Erscheinung der dissociirten Empfindungslähmung immer auf die Affection der grauen Substanz. Bei gewissen Formen von Neuritis hat man aber dieselbe auch gesehen.

Prof. Pöhl hat Harnuntersuchungen bei Patienten mit herabgesetzter Sensibilität gemacht und gefunden, dass die Alcalescenz des Blutes dabei vermindert ist. Nach Cocain-Injectionen und Pinselungen des Rachens sank sie in ganz kurzer Zeit enorm. Wir sähen gleichsam eine locale Autointoxication, also eine Belastung der Gewebe mit Stoffwechselproducten. Andrerseits üben derartige Mittel, welche die Alcalescenz heben, einen Einfluss auf die Empfindung aus. Nach Spermin-Injectionen sei eine Erhöhung der Sensibilität vorhanden.

H. Lähr: Bei peripherischen Läsionen sind dissociirte Empfindungslähmungen nur in ausserordentlich seltenen Fällen gefunden worden und von anderer Art. Sie betrifft das Ausbreitungsgebiet eines Hautnerven und erst, wenn die Wurzeln afficirt werden, komme eine ähnliche Ausbreitungsweise zu Stande, wie bei spinalen Processen.

228) **H. Jolly:** 1. Combination organischer Erkrankung mit Hysterie. (Krankenvorstellung.)

Ueber das Zusammenkommen von organischen und functionellen Störungen des Nervensystems ist seit einer Reihe von Jahren viel geredet und geschrieben worden. Unter Anderem hat auch in dieser Gesellschaft Herr Oppenheim einen Vortrag über diesen Gegenstand gehalten. Trotzdem bleibt für jeden Neurologen das Thema immer ein actuelles, die Kunst der Diagnose herausforderndes und es erscheint daher nicht überflüssig, einen dahin

gehörigen Fall zu demonstriren, zumal er, abgesehen davon, noch einige besondere Eigenthümlichkeiten darbietet. Es ist ein 53jähriger Heilgehilfe, der Lues bestimmt in Abrede stellt. Potus ist vorhanden. Anfang März dieses Jahres wurde er nach reichlicher Bieraufnahme gelegentlich einer Geburtstagsfeier in Haft genommen. Während dieser kam ein Theil der Störung zur Entwicklung, die seine Ueberführung in die Charité veranlasste. Es muss ein deliriumartiger Zustand bei ihm ausgebrochen sein, der aber bei seiner Aufnahme schon wieder im Abklingen begriffen war. Es fällt eine sehr starke Atrophie besonders im rechten Vorderarme und in der rechten Hand auf, namentlich die Ulnarseite des Vorderarms ist betroffen, sowie der Interosseus I, am wenigsten der Daumenballen. Atrophisch ist ferner der m. ulnaris externus und der extensor digit. comm. Die Finger können nicht gestreckt und nicht gespreizt werden. Links ist die ganze Affection in geringerem Grade vorhanden. Es besteht ausgesprochene Entartungsreaction. Die Muskeln reagiren zum Theil gar nicht, zum Theil sehr schwer und dabei ist die Zuckung deutlich träge. Ausserdem war gleich von Anfang an eine auf beide Vorderarme und Hände beschränkte Sensibilitätsstörung für alle Arten von Reizen bemerkbar. Ueber die Entstehungsweise hat Patient die Angabe gemacht, dass die Erkrankung ganz acut aufgetreten sei. Er datirt sie 6 Wochen vor der Charitéaufnahme und zwar in der Weise, dass ihm zuerst der ganze rechte Arm bis zur Schulter in schmerzhafter Weise anschwoll, dann der linke Arm. Nach 8 Tagen ging die Schwellung zurück. Von da an merkte er die Atrophie und Functionsstörung. Verschiedene Affectionen konnten in Betracht kommen. Vor Allem musste man an die Möglichkeit einer Neuritis mit Rücksicht auf den Alcoholmissbrauch denken. Indessen sprechen verschiedene Momente dagegen; einmal der Beginn mit Anschwellung, dann die sehr intensive, auf alle Qualitäten sich erstreckende Sensibilitätsstörungn die noch eigenthümlich ringförmig an den Ellbogen abschnitt. Dann war es auffallend, dass die Muskeln damals nicht mehr druckempfindlich gefunden, wurden, sowie dass die unteren Extremitäten völlig frei geblieben waren. Dann konnte der Gedanke an Syringomyelie auftauchen. Dagegen spricht der Umstand, dass die Sensibilitätsstörung eine complete, nicht eine partielle war, weiter die eigenthümliche Abgrenzung und der plötzliche Beginn der Affection. Eine dritte Möglichkeit, die angesichts der Entwicklung des Krankheitsbildes erwogen werden musste, war die Dermatomyositis, die durch Schwellung, Oedem der Haut und gleichzeitig eintretende Schwellung der Muskeln ausgezeichnet ist. Allerdings widerspricht auch hier der Umstand, dass sich solche Fälle in der Regel auf obere und untere Extremitäten ausgedehnt gezeigt haben, weiter, dass solche Sensibilitätsstörungen dabei nicht constatirt worden sind. Für diese Diagnose konnte eine bei ihm vorhandene Erscheinung herangezogen werden, nämlich ein sehr intensives Hautjucken an der ganzen unteren Partie des Thorax. Vor Allem liess sich die eigenthümliche Sensibilitätsstörung in dieses Krankheitsbild nicht recht einreihen. Bei verschiedenen genauen Untersuchungen hat sich herausgestellt, dass in der That eine Combination verschiedener Krankheiten angenommen werden muss und dass die Sensibilitätsstörung anders als abhängig von der organischen Nerven- und Muskelerkrankung aufzufassen ist.

Verdacht erweckte das ringförmige Abschneiden der Sensibilitätsstörung. Er wurde 14 Tage häufig untersucht, wobei er mit verschlossenen Augen angeben musste, wenn er eine Berührung empfinde: ja, wenn er keine empfinde: nein. Er gab nun jedesmal über dem Ellbogen ja, unter ihm nein an. Auf den Widerspruch aufmerksam gemacht sagte er, er fühle dort nichts, deshalb müsse er nein sagen. Diese Erscheinung hat sich zurückgebildet. Auch beim Stechen mit der Nadel wurde ja und nein geantwortet. Veranlasst hinzuzufügen, ob mit Pinsel oder Nadel, gab er an, Pinsel ja, Nadel nein u. s. w. Erst jetzt, nach 14 Tagen, sagt er unten ja, fügt aber hinzu, die Empfindung sei etwas schwächer gewesen. Wenn schon diese Empfindungsstörung mit Sicherheit auf die Diagnose leiten musste, war die Aufnahme des Gesichtsfeldes ausschlaggebend. Auf dem rechten Auge war es zu einer Zeit, wo er sich gut im Raum zu orientiren vermochte, fast punktförmig. (Links wegen pathologischer Veränderungen nicht zu benutzen.) Auch in dieser Beziehung ist jetzt eine Besserung eingetreten, es besteht aber immer noch eine starke Einschränkung. Dabei hat sich auch einiges dem Förster'schen Verschiebungstypus ähnliches ergeben. Eine dritte Erscheinung gab völlig Aufklärung. Es traten 3 Anfälle bei dem Patienten ein, welche jedesmal deutlich den Character der hysterischen an sich trugen. Wir können sicher sagen, dass wir hier Erscheinungen der Hysterie vor uns haben, welche in Complication mit acut eingesetzten Atrophien aufgetreten sind. Woher die Hysterie kommt, lässt sich nicht sagen. aber bei Alcoholisten sind öfter solche Erscheinungen vorgekommen, sowohl Anfälle wie Anästhesie. Wir dürfen aber wohl bei der Diagnose der Muskelatrophie die Sensibilitätsstörung ausscheiden und haben es mit einer rein acut entstandenen Muskelatrophie zu thun, von der Vortr. es noch am wahrscheinlichsten halten möchte, dass sie in das Gebiet der Dermatomyositis gehört, vielleicht mit Betheiligung der Nerven im Sinne einer Neuromyositis. Ueber die eigenthümliche Sensibilitätsstörung mit dem ja und nein bemerkt er, es werde das vielfach als ein Beweis für Simulation angesehen, namentlich bei den traumatischen Neurosen. Er glaube, dass man hier zu weit geht, und habe es nicht selten so wie hier bei Hysterischen angetroffen. Es sei wohl so zu erklären, dass ein Unterschied in der Art der Empfindung an den verschiedenen Stellen besteht, nur selbstverständlich nicht eine complete Anästhesie, und dieser Unterschied wird mit nein ausgedrückt, analog wie bei hysterischer Blindheit, wo die Kranken angeben, gar nichts zu sehen und doch ein Hinderniss geschickt umgehen.

Discussion.

H. Remak fragt, ob man das Recht habe, die Anamnese in Bezug auf die Entstehung der Atrophie als eine absolut wahrhafte zu bezeichnen, wenn der Mann hysterisch ist.

H. Jolly: Diesen Einwand müsse er als berechtigt zugeben. Er habe sich Mühe gegeben, diesen Punkt klarzustellen, und habe an die Möglichkeit gedacht, dass schon länger eine gewisse Atrophie vorhanden sein könnte, die nur bei Gelegenheit einer Anschwellung intensiver geworden wäre und sich seinem Bewusstsein aufgedrängt hätte. Aber die Functionsstörungen sind so gross, dass er darauf hätte früher aufmerksam werden

müssen, so dass Jolly mit Wahrscheinlichkeit wenigstens bei der Diagnose stehen bleiben möchte.

229) **H. Jolly** - 2. Beschäftigungslähmungen. (Krankenvorstellung.)

Ein junger Mann hat eine sehr intensive Atrophie an den kleinen Handmuskeln der rechten Hand, besonders stark am abductor digiti minimi und dem interosseus. Am Vorderarm ist nichts von Atrophie vorhanden. Sensibilitätsstörungen bestehen am kleinen Finger. Die linke Hand ist gesund. Bei Beschäftigungsexamination ergab sich zunächst, dass er Trommler ist, seit langer Zeit und in ziemlich angestrengter Weise, und es schien dem Patienten auch von Anfang an, dass dieses Moment eine gewisse Bedeutung für die Entwicklung der Lähmung habe. Nun wissen wir namentlich durch Bruns, Goldscheider und Andere, dass Trommlerlähmungen bei Soldaten zwar ziemlich häufig, aber in anderer Weise auftreten. Sie betreffen ausschliesslich den Daumen der linken Hand, es sind nämlich Lähmungen des extensor pollicis, indem der Schlegel mit stark extendirtem Daumen festgehalten werden muss. Dieser Patient fasst aber auch mit der rechten Hand mit extendirtem Zeigefinger. Einige andere Momente liegen aber vor, welche viel wichtiger für die Störung sind. Zunächst hat er selbst auf ein Trauma aufmerksam gemacht. Vor 8 Jahren war ihm beim Spielen mit einem Teschin ein Projectil in den Kleinfingerballen gedrungen, und es lässt sich noch eine harte Stelle fühlen. Er hat sich seine Hand nach Röntgen durchleuchten lassen und es ist ihm versichert worden, dass das Geschoss nicht mehr vorhanden ist. Dagegen hat sich ergeben, dass eine Verbildung seines Ellbogengelenkes vorliegt, das Residuum einer in der Kindheit entstandenen Fractur. Der cond. int. ist verlagert, nach aussen gedrängt und es lässt sich hier der nervus ulnaris sehr oberflächlich fühlen, ist also Läsionen mehr als in gewöhnlicher Lage ausgesetzt. Nun hat er bei einer zweiten Beschäftigung den ulnaris lädirt. Er ist bei Tag anhaltend mit Schreiben beschäftigt und es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass er beim Schreiben, wo er den Ellbogen auflegt, den ulnaris in ungewöhnlicher Weise drückt, und dass in Folge dessen die Atrophie im Ulnarisgebiet aufgetreten ist.

Daneben stellt H. Jolly einen zweiten Fall von Beschäftigungsatrophie vor mit Schwäche des linken Interosseus I und des Adductor pollicis. Diese besteht seit etwa einem halben Jahr und ist wohl mit Sicherheit auf seine Beschäftigung zurückzuführen. Er ist Dreher, hält den eisernen Theil des Hohlmeissels in der linken Hand fest, während er mit der rechten dreht. Die befallene Gegend kommt beständig mit dem kalten Eisen in Berührung und wird fortwährend zum Fassen veranlasst. Durch die örtliche Einwirkung sowohl der Kälte wie des mechanischen Druckes ist wohl die Affection zu Stande gekommen.

Discussion.

H. Bernhardt: In einer ganz neuen Arbeit über Trommlerlähmung sucht Stabsarzt Diem nachzuweisen, dass nicht sowohl eine Lähmung des ext. poll. long., sondern in vielen Fällen eine Entzündung der Sehnen und Sehnenscheiden dieses Muskels existirt, und dass die plötzliche Lähmung des ext. poll. links eintritt durch eine Zerreissung der Sehne, dass aber

nicht eine Beschäftigungslähmung, sondern eine Beschäftigungserkrankung der Sehne vorliegt.

H. Remak: Das wäre ja zuzugeben, wenn nicht nachgewiesen wäre, dass solche Lähmungen heilen (Bruns). Daran ist bei einer Zerreissung der Sehne gar nicht zu denken, weil die Enden weit zurückfedern. Wenn also die Fälle heilen, so handelt es sich um eine partielle Neuritis und die Trommlerlähmung besteht weiter zurecht.

H. Bernhardt: Der College sagt nur, dass die Verhältnisse manchmal anders liegen.

230) **H. Levy-Dorn**: Demonstration eines an Lues cerebri hereditaria Leidenden. (Aus der Oppenheim'schen Poliklinik.)

Das Leiden lässt sich nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit beurtheilen. Die Lues cerebri hereditaria ist hier 29 Jahre vollkommen latent geblieben. Zweifler werden immer einwenden können, dass Patient die Lues unmerklich erworben hat. Der 30jährige Mann war seit Kindheit immer eigenthümlich, aber durchaus intelligent. Er war leicht aufgeregt, furchtsam. In der Schule kam er gut vorwärts. Er beschäftigt sich mit Schriftstellerei in seinen Mussestunden. Am 22. IV. kam er in unsere Poliklinik. Er gab an, seit seiner Kindheit niemals schwere Krankheiten durchgemacht zu haben. Seit seinem 17. Jahre litt er an Ausfluss aus der Nase, den er im Säuglingsalter nicht gehabt hat. 1887 erkrankte er an den Augen, wurde mit Schmierkur und Atropin behandelt. Vor 2 Jahren flossen seine Gedanken sehr mühsam und schwerfällig; er konnte nicht mehr das Wort finden, das er sagen wollte. Auch die Sprache wurde schwerfällig. Im September stellte sich Mattigkeit im rechten Arm ein. Er suchte eine Wasserheilanstalt auf. Dort hatte er einige Zeit heftige Erregungszustände. Die Schwäche im Arm besserte sich nach 3, 4 Monaten. Er war sehr verwirrt, verbesserte sich oft, die Sprache war holperig, aber kein eigentliches Silbenstolpern. Das Rechnen machte ihn confus. Die Ruhe ist jetzt eine bedeutend grössere geworden wie früher. Der rechte Mundwinkel hängt ein wenig, was besonders beim Oeffnen auffällt. Der obere Facialis vollständig frei, die Schwäche des Arms fast verschwunden. Nur ist er noch recht ungeschickt. Man sieht auch Zittern dabei eintreten. An den unteren Extremitäten gar keine Abnormität. Schreiben geht zittrig und mühsam von Statten. Bei längerem Schreiben tritt Schreibkrampf auf. In der Schrift ist kein psychischer Defect ausgeprägt. Die übrigen Symptome sind solche, wie bei functionellen Leiden. Die ganze Gesichtsmuskulatur zittert sehr stark. Die Sehnenphänomene sind stark erhöht. Augenbefund normal bis auf Myopie und Glaskörpertrübung. Vor allem keine Muskellähmung. Es besteht also eine Monoparesis faciobrachialis mit immerhin deutlichen psychischen Störungen. Wir können annehmen, dass dieser Symptomencomplex durch eine Rindenaffection herbeigeführt ist. Erstens spreche die Monoparese dafür, zweitens das Bestehen von Reizsymptomen. Eine Dementia paralytica könne nicht vorliegen. Dazu hätte die Lähmung viel zu lange Zeit bestanden. Ein Tumor in der motorischen Region ist wohl auch auszuschliessen. Die psychischen Störungen sprechen dafür, dass der Process ein weit ausgebreiteter ist. Wir nehmen diffuse Geschwulst- oder Entzündungsmassen an, wie sie der Lues zukommen. Patient giebt

bestimmt an, nie Lues acquirirt zu haben. Keine Narben, keine Drüsenschwellung sind vorhanden. Der Vater des Patienten war dagegen nachweislich syphilitisch gewesen vor der Verheirathung, hatte die Mutter inficirt, die jetzt an Tabes leidet. Ein Bruder hat seit Kindheit an den Augen gelitten und viele Geschwüre gehabt. Daher glaubt L. mit Wahrscheinlichkeit eine hereditäre Lues vor sich zu haben. Auffallend sei die grosse Latenz von 22 oder gar 29 Jahren. Diese Fälle sind beschrieben, wenn auch selten. Er möchte sie mit Lues hereditaria cerebralis tarda bezeichnen. Auch war nie Epilepsie vorhanden, Es sei eine Schmierkur eingeleitet und es werde eine wesentliche Besserung der Symptome erhofft. Die Diagnose würde durch einen Misserfolg nicht umgestossen werden.

Discussion.

H. Lewin: Die Untersuchung der Zungenwurzel wäre wichtig Bei kleinen Kindern sind die Zungenbalgdrüsen immer atrophisch. Ferner wäre wichtig, ob die Mutter abortirt hat. Hinsichtlich der Latenz erinnere er sich Fälle von 17—18 Jahren Latenz bei solchen, die inficirt sind. Vor 20 Jahren lernte er einen Herrn kennen, der angab, syphilitisch zu sein und eine Schmierkur gebrauchte. Es fand sich nichts. Vor 2 Jahren stellte sich Verfolgungswahnsinn ein. Es sei interessant, dass er im vorigen Jahre eine subcutane Kur gebrauchte und vollkommen gesund wurde. Das einzige, was zurückbleibt, seien also Veränderungen des Zungengrundes, bisweilen auch der Hoden.

H. Levy-Dorn: Die Frau hat keine Aborte gehabt. Es war auch nicht nöthig, danach zu fragen, da die Infection sicher nachgewiesen war. Die Hoden habe er nicht gefühlt. Max Edel-Dalldorf.

III. Referate und Kritiken.

A. Anatomie und Physiologie.

231) **O. v. Leonowa:** Beiträge zur Kenntniss der secundären Veränderungen der primären optischen Centren und Bahnen in Fällen von congenitaler Anophthalmie und Bulbusatrophie bei neugeborenen Kindern.

(Arch. f. Psych. 1896, XXVIII, pg. 53.)

Um die Leitungsverhältnisse der Sehbahnen zu studiren, benutzte L. 7 von der Natur gleichsam selbst dargebotene Fälle von Gudden'schen Experimenten, Fälle von theils ein-, theils beiderseitiger Anophthalmie und angeborener Bulbusatrophie. Betreffs detaillirter Berichte auf das Original verweisend, seien hier nur die Gesammtresultate referirt:

In allen Fällen waren atrophisch: Aeusserer Kniehöcker, hinterer Vierhügel und schichtweise die Rinde der fissura calcarina, und zwar, entsprechend der partiellen Kreuzung im Chiasma, auch bei einseitiger Anophthalmie auf beiden Seiten. Die Ganglienzellen des Pulvinar fand L. merkwürdiger Weise „normal und schön entwickelt", nur in 2 Fällen sah er Defecthöhlen darin, lässt aber deren Genese unerörtert.

Dagegen liess der Zustand der oben genannten Theile — nach dem von Monakow dargethanen und aus der Neuronenlehre zu folgernden Gesetze, dass die Ganglienzellen eines Grau selbst atrophiren, wenn eine von ihm ausgehende, dagegen nur die Zwischensubstanz schrumpft, wenn eine zu ihm führende Bahn durchtrennt ist — auch die Art seiner Einschaltung in die Leitung erkennen: der äussere Kniehöcker war (beiderseitig, wenn auch stärker der gekreuzte) wohl geschrumpft, aber seine Zellen von annähernd normaler Structur; also treten nur Tractusfasern in ihn ein (die sich hier in Endbäumchen auflösen und deren Schwund zur Schrumpfung der Grundsubstanz führt), während seine Zellen ihre Axencylinder zur calcarina schicken; der vordere Vierhügel bot sowohl Schrumpfung als auch Zellschwund in oberflächlichem Grau, also münden in ihn Tractusfasern ein und aus; sein Mark besteht aus gröberen und feineren Fasern; da bei gleichseitiger Anophthalmie die feineren, bei gekreuzter die gröberen degenerirten, müssen letztere im gekreuzten, erstere im ungekreuzten Tractustheil verlaufen; in der Rinde der calcarina zeigten sich vorwiegend die mittleren (4. und 5.) Schichten atrophisch, die demnach der Sehact vorzugsweise beanspruchen muss.

Unter Hinzuziehung früherer Untersuchungen (Monakow's, Ganser's u. A.) folgert L. aus seinen Befunden folgenden Aufbau der Sehbahn: Der aus gröberen und feineren Fasern bestehende tractus opticus endet im äusseren Kniehöcker (mehr die gröberen) und im vorderen Vierhügel (mehr die feineren Fasern); er entspringt zum grösseren Theile aus den Ganglienzellen der retina, enthält aber auch Fasern, welche dem oberflächlichen Grau des vorderen Vierhügels entstammen und wahrscheinlich in den Körnerschichten der retina enden.

Die Zellen des äusseren Kniehöckers (und vielleicht auch des Pulvinar) senden ihre Axencylinder durch das laterale Mark des thalamus und die Sehstrahlung zur calcarina, in deren 5. Schicht (?) sie enden. Endlich laufen (reflexvermittelnde) Fasern aus anderen Schichten der Occipitalrinde zum mittleren Vierhügelmark, von hier aus können dann motorische Impulse in die Oculomotoriuskerne eintreten. E. Trömner.

---

232) **L. Bianchi** (Neapel): Degenerationen im Hemisphärenmark nach Abtragung der Stirnlappen. (Sulle degenerazioni discendenti endoemisferiche seguite alla estirpazione dei lobi frontali.)

(Annali di Neurologia 1896, II.)

B.'s sorgfältige experimentelle Untersuchungen über Ausfallserscheinungen nach Entfernung des Stirnhirns, zumeist bei Affen, erfahren hier eine Ergänzung nach der anatomischen Seite. Es fanden sich degenerirt: Die Fasern des cingulum und andere Longitudinalzüge des gyrus fornicatus; nirgends zeigen diese Fasern eine Beziehung zum N. Lancisi oder zur tænia tecti. Die Degeneration im fasciculus arcuatus veranlassen B., der Ansicht Déjérine's, er bestände nur aus kurzen Fasern, zu widersprechen; einzelne Faserzüge degeneriren von der Aussenfläche des Frontallappens durch die äussere Kapsel hindurch bis in die Schläfenwindungen. „Entsprechend der Lage des als fasciculus occipito-frontalis bezeichneten Bündels“ findet sich eine bis zum operculum parietale verfolgbare, auf

Frontalschnitten deutliche degenerirte Masse longitudinaler Fasern; die Balkenfasern, die sie nach allen Richtungen durchsetzen, sind intact. Schliesslich soll die ganze capsula externa degenerirt sein; B. bestreitet, dass sie Balkenfasern führt, dagegen lässt er sie relativ reich an Fasern zum Putamen und zum Linsenkern sein. Kurella.

---

233) **A. C. Kam** (Meerenberg in Holland): Beiträge zur Kenntniss der durch Grosshirnherde bedingten secundären Veränderungen im Hirnstamm. (Arch. f. Psych., Bd. XXVII, Heft 3, p. 645.)

In der vorliegenden Arbeit ist es dem Verfasser möglich, an der Hand geeigneter, von ihm eingehend untersuchter Präparate und unter Heranziehung der in der Litteratur vorgefundenen einschlägigen Fälle über den Verlauf gewisser Leitungsbahnen zwischen Hirnrinde und nächst niedrigen Hirntheilen bestimmte Mittheilungen zu machen, über die bisher noch keine sicheren Anschauungen verbreitet waren. Verf. geht von der Untersuchung eines interessanten Gehirnpräparates aus, wo 6 Jahre vor dem Tode das Individuum fast das ganze Vorderhirn, die Capsula interna und das Corpus striatum an der linken Seite zu Grunde gegangen waren, während in der rechten Hemisphäre ein ausgedehnter Erweichungsherd sich fand, der erst kurze Zeit vor dem Tode entstanden sein konnte. K. fand nun bei der microscopischen Untersuchung neben anderen Veränderungen die Nervenfasern im linken Pedunculus cerebri fast ganz von secundärer Degeneration ergriffen. Nur der äusserste Lateraltheil war auffälliger Weise intact geblieben und konnte von K. auf den Serienschnitten in seinem Verlaufe genauer verfolgt werden. Dieser Abschnitt bildet etwa das äusserste Fünftel der longitudinalen Hirnschenkelfasern und wird vom Verfasser „Ovalbündel" genannt. In distaler Richtung nimmt dieses Bündel erst eine laterale, dann eine laterodorsale Lage zu den übrigen Elementen des Pons Varoli ein und ist bis in das distale Drittel des letzteren zu verfolgen. Hier verschwinden die Fasern allmählich zwischen den Ganglienzellen, welche ventral von den mittleren Schleifen gelegen sind. Proximalwärts sieht man das Bündel in sehr starker Krümmung vor dem Corpus geniculatum exterior über den Tractus opticus nach der lateralen Seite hin laufen bis an die Stelle der Commissura anterior. Hier werden sie in die Masse von Fasern aufgenommen, welche von hier nach allen Seiten hin ausstrahlen. Das Bündel verläuft also streng genommen nicht in der Capsula interna. Durch die Untersuchung weiterer Präparate und Fälle gelingt es dem Verfasser ferner nachzuweisen, dass das Ovalbündel mit dem Temporalhirne in Verbindung stehe. Denn das Bündel war von jedweder secundären Degeneration frei geblieben, wofern nur das Temporalhirn und seine Markstrahlung von der Zerstörung unberührt blieb und zeigte sich jedesmal theilweise oder gänzlich degenerirt, sobald das Temporalhirn zerstört war. Die Leitungsrichtung des Ovalbündels ist eine centrifugale, wofür schon die Thatsache spreche, dass K. bei einer Degeneration desselben eine Atrophie im distalen Drittel des Pons, namentlich in den dorsal und dorsolateral gelegenen Ganglienzellen vorfand. Verf. hat damit eine genaue Localisation des Ovalbündels im Grosshirn, gleichzeitig seine Leitungsrichtung und endlich

diejenigen Zellen angegeben, mit denen sich die Fasern jenes Bündels verbinden.

K. untersuchte zugleich die Schleifenfasern und zwar zunächst die allerfeinsten, inselartig gruppirten Fasern im medialen Theile der Schleife und konnte mit fast vollkommener Sicherheit schliessen, dass diese feinsten Fasern eine Verbindung des Parietalhirns mit dem Nucleus reticularis pontis darstellen. Sie verlaufen im hintersten Theile der Capsula interna und degeneriren aus dem Gehirn in centrifugaler Richtung.

Diese eben besprochenen Veränderungen liegen in dem centrifugalen Abschnitte eines Systemes derjenigen Bahnen und Centren, welche von Jelgersma als System von intellectuellen Bahnen und Centren der Medulla oblongata und des Gehirnstammes angegeben sind. Verf. möchte dasselbe als „psychisches System" bezeichnen. Auch in dem centripetalen Theile dieses Systems konnte K. Veränderungen nachweisen, nämlich im Thalamus opticus, im nucleus ruber und dem entsprechenden brachium conjunctivum und zwar in den Fällen, wo die cerebrale Endstation dieses Systems zerstört war. E. Nawratzki ((Dalldorf).

---

234) **Albert Mahaim:** Recherches sur les connexions, qui existent entre les noyaux des nerfs moteurs du globe oculaire d'une part, et d'autre part le faisceau longitudinal postérieur et la formation réticulaire.

(Bruxelles 1895.)

Mahaim fand beim Kaninchen im Fasciculus longitudinalis posterior einen bisher unbeschriebenen Faserzug, welcher in der Höhe des ventralen Oculomotoriuskernes beginnt, lateral im fasciculus entlang zieht, allmählich als latero-dorsale Fasermasse in die formatio reticularis übergeht, ungefähr am vorderen Ende der Trigeminuskerne scharf nach aussen umbiegt und hier verschwindet. Er wird vom Verfasser als Verbindungsbahn der Oculomotorius- und Trigeminuskerne aufgefasst. Jentsch.

---

235) **F. Bottazzi** (Florenz): Die halbseitige Durchtrennung des Rückenmarks. (Sull' emisezione del midollo spinale.)

(Rivista sperimentale di freniatria XXI, p. 483—546.)

Eine sehr umfangreiche, von einem Physiologen ausgeführte kritisch-historische, experimentelle und pathologisch-anatomische Neubearbeitung eines alten Problems. In unseren Lehrbüchern werden noch immer die alten Lehren Brown-Séquard's vorgetragen; es ist wenig bekannt, dass Untersuchungen von Mott (Results of hemisection of the spinal cord in menkegs, Trans. R. Society 1893, Bd. 183) den greisen französischen Physiologen veranlasst haben, seine alten Anschauungen völlig preiszugeben und durch eine neue unhaltbare dynamische Theorie zu ersetzen. (Arch. de Physiol. norm. et pathol. 1894, p. 195 ff.)

Die von B. verwendeten Fälle stammen zum Theil noch von Luciani her, der in seinem früheren Institut vor Mott die alte Frage wieder aufgenommen hatte und zu gleichen Resultaten wie dieser gekommen war. Dieses Material legt B., vermehrt durch eigene Untersuchungen, nun vor. Sie ergeben für rechtsseitige Durchtrennung einer Rückenmarkshälfte in vier Fällen, im untersten Dorsalmark an Hunden im Wesentlichen folgendes:

Motilität: Lähmung des rechten Hinterbeins sofort nach der Durchtrennung, später dauernde Parese desselben. Ataxie desselben, die mit dem Rückgange der schweren Lähmungserscheinungen deutlicher hervortritt; manchmal Rigidität des gelähmten Beines. Vorübergehend Parese des linken Beines.

Sensibilität: Muskuläre am gelähmten Gliede nicht verändert; tactile gleich nach der Operation an beiden Beinen schwer beeinträchtigt, für die Dauer rechts mehr oder weniger vollständig verschwunden, links dagegen erhalten. Schmerzgefühl an beiden Hinterbeinen verringert, rechts jedoch viel mehr. — Therm. S.: Rechts fast völlig aufgehoben. — S. für electrische Reize: An beiden Hinterbeinen herabgesetzt, rechts mehr. In keinem Falle konnte B. (und Luciani) eigentliche Hyperästhesie finden.

Reflexe: Rechts gleich nach der Durchtrennung meist keine, nach Ablauf der irritativen Zeit rechts lebhafter.

Secundäre Degenerationen, Absteigend: rechts caudal das Pyramidenbündel; einige Centimeter caudalwärts von der Schnittfläche auch in diffuser Weise eine periphere Partie des Vorderseitenstrangs rechts; ferner innerhalb einiger Centimeter, caudalwärts von dem Schnitte an die laterale Seite des Burdach'schen Strangs.

Aufsteigende Degeneration: In der ganzen capitalen Ausdehnung des Rückenmarks von der Schnittfläche an rechts ein kleines dreieckiges dorso-mediales Feld des Goll'schen Strangs; das directe Kleinhirnbündel und das von Gowers, letztere beiden nicht deutlich zu sondern; ferner einige Centimeter weit diffus auch eine centrale Zone des rechten ventro-lateralen und des linken ventralen Bündels; ungefähr in derselben Ausdehnung diffus der rechte Burdach'sche Strang. Ueber den Verlauf spinaler Bahnen ergiebt sich aus den Befunden: Die motorischen Bahnen für die hinteren Extremitäten beim Hunde verlaufen hauptsächlich im gleichseitigen Seitenstrange; tactile Reize werden ausschliesslich in gleichseitigen Bahnen fortgeleitet, die wahrscheinlich im Goll'schen Strange liegen; Schmerz- und electrische Reize verlaufen in Fasern, welche in beiden Seiten des Rückenmarks liegen, vorwiegend aber auf der gleichen Seite. Dass thermische Reize auf gleichseitigen Bahnen geleitet werden, dass ferner die Muskelsensibilität nach der Durchtrennung nicht verändert erscheint, behauptet B. mit einiger Reserve. Die Versuchsprotocolle gestatten keine nähere Nachprüfung der Thatsachen.

Die angebliche Hyperästhesie erklären B. und Luciani als Täuschung; nach der Operation war in der Regel während einiger Zeit Mellit- und Acetonurie zu constatiren.

A. betont zum Schluss noch einmal, dass die tactilen Leitungsbahnen ich innerhalb des Rückenmarks nicht kreuzen, sondern höher oben.

Kurella.

---

236) **F. W. Mott**: Experimental inquiry upon the afferent tracts of the central nervous system of the monkey.

(Brain. Part LXIX. Spring 1895.)

Der Goll'sche Strang beim Affen wird hauptsächlich aus der 5, 6. und 7. subthorac. Wurzel gebildet. Oberhalb der 4. subthorac. Wurzel betheiligen sich nur wenig Fasern an der Bildung des Goll'schen Stranges.

Nach Zerstörung des Kernes des funiculus gracilis, in welchem der Goll'sche Strang endigt, tritt eine Degeneration auf, die bis zum Thalamus opticus verfolgt werden kann.

Nach einseitiger Wurzeldurchschneidung findet man degenerirte Fasern im entgegengesetzten Vorderseitenstrang. Mott glaubt, diese Fasern kämen von Zellen der grauen Substanz von der Seite der Verletzung her, die sich in der vorderen Commissur kreuzen und meint, diese Zellen könnten geschädigt sein durch eine Störung der Circulation, welche der operative Eingriff mit sich bringt.

Nach einer Durchschneidung des Lendenmarks in der Medianlinie entstand symmetrische Degeneration in den Vorderseitensträngen beider Seiten. Die Fasern gehören 2 Bahnen an: eine ventral-cerebellare Bahn lässt sich bis zum Vermis verfolgen; sie liegt am meisten peripher; eine gekreuzte afferente Bahn (Gowers und Edinger) entspringt wahrscheinlich aus Zellen der grauen Substanz, ihre Fasern kreuzen sich in der vorderen Commissur; sie ziehen zum Pons und endigen in den Vierhügeln. Einige ihrer Fasern gehen anscheinend zum Thalamus. Wichmann.

---

237) **William Aldren Turner**: The results of experimental destruction of the tubercle of Rolando.

(Brain. Summer-Autumn. 1895.)

T. hat an 4 Affen unter Narcose das Tuberculum Rolando einseitig zerstört und nach Verlauf einiger Zeit die Thiere getödtet. Die klinische Beobachtung ergab regelmässig einmal Sensibilitätsstörung im Trigeminusgebiet auf der Seite der Läsion und sodann Aenderungen der Sensibilität des Rumpfes und der Extremitäten auf beiden Seiten. Die Trigeminusveränderungen bestanden in totaler Anästhesie der Cornea, der Haut und der Schleimhäute, bedingt durch Vernichtung der aufsteigenden Trigeminuswurzel. Dabei fehlten trophische Störungen der Cornea; es wurde aber einmal Pupillenverengerung und Verkleinerung der Lidspalte beobachtet. Bezüglich der Sensibilitätsstörung am Rumpf, so bestand hier dissociirte Sensibilitätsstörung. Auf der Seite der Läsion war Tastgefühl und Localisation verschwunden, aber die Schmerzempfindung erhalten; auf der entgegengesetzten Seite des Rumpfes wurde die Berührung gut localisirt, aber es bestand Analgesie. Die anatomische Untersuchung wies nach, dass das Tuberculum Rolando zerstört war, ebenso war die aufsteigende Trigeminuswurzel zerstört. Schliesslich machte T. noch Controllversuche an zwei weiteren Affen, indem er das Rückenmark in der oberen Dorsalgegend halbseitig durchschnitt. 6 Abbildungen sind der Arbeit beigegeben.

Wichmann.

238) **Georges Marinesco**: Théorie des neurones. Application au processus de dégénéréscence et d'atrophie dans le système nerveux.

(Extrait de la presse médicale. Paris 1895.)

Das Waller'sche Gesetz von der Degeneration des peripheren und dem Intactbleiben des centralen Endes eines Nerven nach seiner Durchschneidung lässt sich nach den Ergebnissen zahlreicher neuerer Untersuchungen nicht mehr aufrecht erhalten. Nissl hat gezeigt, dass die Kerne der abgeschnittenen Nerven in Kurzem sehr erhebliche Veränderungen eingehen. Nervenkerne,

deren zugehörige Bahnen entfernt wurden, atrophiren. Ferner ist die Degeneration des centralen Endes des durchschnittenen Stammes in letzter Zeit wiederholt direct nachgewiesen worden.

Die vollkommene, andauernde Continuitätstrennung eines Nervenstammes wirkt nicht nur auf den unmittelbar betroffenen, nunmehr degenerirten Neuronen, sondern auch auf die „indirecten" Neuronen, welche der Atrophie verfallen. So atrophirt im Anschluss an Amputationen der Extremitäten die gesammte Leitung bis zur Hirnrinde, bei Herderkrankungen der letzteren dagegen die Cerebellar-Relais: Thalamus, rother Kern, Kleinhirnrinde (secundäre, resp. tertiäre neurale Atrophie).

Zellkörper, Axencylinder, Dendriten besitzen gleiche trophische Dignität. Die Läsion des einen Gebildes zieht die ganze Einheit in gleicher Weise in Mitleidenschaft. So ist die Trophik der Neuronen nach Marinesco eine Leistung des ungehinderten Hindurchpassirens der gewohnheitsmässigen Reize („der Neuron lebt von seiner Function"). Für das Gefüge der einzelnen Schaltstücke unter einander gilt das gleiche. Jentsch.

---

239) **Lugaro** (Florenz): Ueber einen vermeintlich neuen Befund am Kern der Nervenzellen. (Su di un presunto nuovo reperto nel nucleo delle cellule nervose.)

(Rivista di Patologia nervosa e mentale 1896, p. 149.)

L. erklärt den eigenartigen Streifen, den R. im Zellkern beschrieben hat (vgl. d. Centralbl. 1895, p. 424) für nichts anderes als eine durch Schrumpfung des Kerns gebildete Falte in der Kernmembran. Ich kann mich, nachdem ich R.'s Präparate in Turin gesehen habe, mit Rücksicht auf das optische Verhalten des Befundes dieser Anschauung nicht anschliessen.

Kurella.

---

240) **G. Levi** (Florenz): Einige Structureigenheiten des Nervenzellenkerns. (Su alcune particolarità di struttura del nucleo delle cellule nervose.)

(Rivista di Patologia nervosa e mentale 1896, p. 141.)

Nervenzellen des Kaninchens zeigen bei Färbung mit Biondi'scher Dreifarbenmischung den Nucleolus roth — also acidophil, die ihn umgebenden wenig zahlreichen Schollen der Kernsubstanz grün — also basophil; diese Schollen identificirt L. mit den accessorischen nucleoli anderer Autoren. Er erklärt sie in längerer Discussion für Nuclein.

Kurella.

---

241) **Ottolenghi:** Das Gefühl und das Alter. Experimentelle Untersuchungen.)

(Zeitschrift. für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane, Bd. IX.)

Verf. hat an 321 männlichen Individuen gruppenweise genaue Prüfungen der allgemeinen Sensibilität und der Schmerzempfindung angestellt. Er bediente sich hierzu des faradischen Stroms und des Edelmann'schen Faradimeters. I. Ein mittlerer Grad der allgemeinen Sensibilität besteht dann, wenn zu ihrer Erregung 15—20 Volt erforderlich sind; feine allgemeine Sensibilität bei 10—15 Volt; mässige bei 20—30 Volt; stumpfe über 30 Volt. Er fand nun, dass die allgemeine Sensibilität bei Kindern ziemlich entwickelt ist, in einzelnen Gruppen ist besonders die mittlere Stufe, in anderen die feine Stufe vertreten, manchmal die mässige. Die

allgemeine Sensibilität nimmt mit dem Alter zu und zwar derart, dass sie bei einzelnen Gruppen mit dem Eintritt in das erwachsene Alter die höchste Stufe der Feinheit erlangt (Schüler, Universitätsstudirende, Doctoren). Bei den Erwachsenen sind die Stufen der allgemeinen Sensibilität nicht sowohl vom Alter, als dem Stande und dem Grade der Degeneration nach verschieden. In höherem Alter vermindert sich das Gefühl bis zur Stumpfheit, so dass ein Greis wohl weniger als ein Kind empfindet.

II. 1. Aeusserst hohe Empfindlichkeit für den Schmerz 30—40 Volt, 2. hohe Schmerzempfindlichkeit 40—50, 3. feine Schmerzempfindlichkeit 50—60, 4. mittlere Schmerzempfindlichkeit 60—70, 5. mässige Schmerzempfindlichkeit 70—90, 6. stumpfe Schmerzempfindlichkeit über 90. Kinder unter 10 Jahren waren für diese Untersuchung wegen übertriebener allgemeiner Erregbarkeit nicht zu brauchen. Im jugendlichen Alter ist die Schmerzempfindlichkeit sehr gering, sie schärft sich mit zunehmendem Alter, falls keine anderen Ursachen ihre Entwicklung hindern. Die Feinheit des Schmerzgefühls nimmt vom mittleren Alter zum Greisenalter zu, ohne jedoch die mittlere Stufe (60—70 Volt) zu überschreiten. Greise unterscheiden sich von den Kindern dadurch, dass erstere den Schmerz viel leichter fühlen, als letztere, während auf beiden Lebensstufen die allgemeine Sensibilität als stumpf zu bezeichnen ist. Lehmann (Werneck).

---

242) **P. Bonnier:** Rapports entre l'appareil ampullaire de l'oreille interne et les centres oculo-moteurs.

(Revue neurologique Nr. 23. 1895.)

Der Verfasser kommt auf Grund anatomischer, physiologischer und klinischer Daten, bezüglich welcher auf das Original verwiesen werden muss, zu folgenden Schlüssen:

Störungen des Ampullarapparates können jede Art von oculomotorischen Störungen hervorrufen, und bei Gegenwart letzterer muss man sich erinnern, dass nach der Retina selbst es das Labyrinth und insbesondere der Ampullarapparat ist, welcher den oculomotorischen Anpassungen wie den Functionen der Aequilibration vorsteht. Die oculomotorischen Störungen sind häufig Symptome von Labyrinthaffectionen, insbesondere nuclearen. Alle oculomotorischen Kerne mit Ausnahme vielleicht derjenigen der Obliqui können derart von der vom Ampullarapparat ausgehenden Reflexirradiation getroffen werden und die complicirtesten klinischen Bilder zuweilen andauernd liefern. Man muss daher diesen oculomotorischen Störungen gegenüber an den Ampullarapparat denken und sich erinnern, dass der Labyrinthnerv in seiner Eigenschaft als hintere Wurzel, die thätigste und bedeutendste von allen, von der Tabes als Opfer ausersehen ist. L. Löwenfeld.

---

243) **W. v. Bechterew:** Ueber die Empfindungen, welche vermittelst der sogenannten Gleichgewichtsorgane wahrgenommen werden und über die Bedeutung dieser Empfindungen in Bezug auf die Entwicklung unserer Raumvorstellungen.

(Archiv für Anatomie und Physiologie, 1896.)

Als „periphere Gleichgewichtsorgane“ sieht Verfasser, meist auf eigenen Untersuchungen fussend, die semicirculären Canäle, die

Gegend des trichterförmigen Theiles des dritten Ventrikels, sowie die in der Haut und Muskulatur localisirten Nervenapparate an. Für die letzteren ist ihm eine isolirte Leitung der Gleichgewichtsempfindungen, unabhängig von der der übrigen Haut-Muskelempfindungen, aus bestimmten, leider nicht zureichenden Gründen wahrscheinlich. Im Kleinhirn liegt der entsprechende centrale Mechanismus, der in normalem Zustande von allen genannten peripheren Organen gleichzeitige Impulse erhält und durch reflectorische Muskelcontractionen die Erhaltung des Gleichgewichts vermittelt. — Zerstörung eines peripheren Gleichgewichtsorganes bewirkt eine Disharmonie unter den gleichzeitigen contripetalen Impulsen und hierdurch Bewegungsstörungen; die Abnahme der letzteren kommt zu Stande durch allmähliche Anpassung der übrig gebliebenen Gleichgewichtsorgane an die neuen Bedingungen. — Thierversuche, sowie beim Menschen die Erscheinungen der Galvanisation des Occiput und der Rotation um die Körperaxe, führen ferner zu der Annahme, dass Zerstörung eines Gleichgewichtsorganes nicht nur reflectorische Bewegungsstörungen veranlasst, sondern auch bestimmte Veränderungen der psychischen Sphäre, welche jene Störungen verstärken. Diese bestimmten Veränderungen in der Psyche sind die Schwindelempfindungen, „welche darin bestehen, dass es vorkommt, als ob der eigene Körper in einer bestimmten Richtung, nämlich zur Seite der wirklichen, unwillkürlichen oder zwangsweisen Bewegung des Körpers hin — und als ob alle umgebenden, mittelst der Seh-, Tast- und Gehörorgane wahrgenommenen Gegenstände sich nach der anderen Seite hin bewegten“. Von diesen beiden „Scheinempfindungen“ ist für den Verfasser die Bewegungsempfindung des eigenen Körpers die primäre, die Scheinbewegung der Aussenwelt eine secundäre, eine directe Folge der ersteren. — Das Auftreten specifischer Schwindelempfindungen bei Störung innerhalb der Gleichgewichtsorgane drängt wiederum dazu, letztere auch im normalen Zustande als Quelle specifischer Empfindungen zu betrachten: diese sind die Empfindungen der Körperlage und der Körperbewegung (oder vielleicht nur der Beschleunigung dieser Bewegung). Daraus folgert man nach Verf. unschwer, dass von der Function der Gleichgewichtsorgane die Projection unserer Empfindungen nach aussen abhängt, mithin auch die Bildung unserer Raumvorstellungen; für letztere wirke aber noch ein Moment mit: die Localzeichen der Sinnesorgane. — Dies der Gedankengang des geistreichen und logisch gegliederten Aufsatzes, dessen Ausführungen man sich nicht überall anschliessen kann; dafür ist ein Theil der Thatsachen noch nicht eindeutig genug und daher liegt das Gebiet der Schwindel- und Gleichgewichtsempfindungen noch einigermassen im Argen.

Löwenthal (Breslau).

B. Nervenheilkunde.

1. Allgemeine Pathologie

244) **S. Freud** (Wien): L'hérédité et l'étiologie des névroses.
(Revue neurologique Nr. 6, 1896.)

Der Verfasser führt in der vorliegenden Arbeit seine ätiologische Theorie der Neurosen, welche er zum Theil bereits in früheren Aufsätzen veröffentlicht hat, weiter aus; hierbei werden einzelne der früheren Aufstellungen bei Seite gelassen und durch Neues ersetzt.

In der Pathogenese der grossen Neurosen spielt nach F. die Heredität die Rolle einer Bedingung, einer mächtigen in vielen Fällen und einer sogar unentbehrlichen in der Mehrzahl der Fälle. Sie bedarf jedoch der Mitwirkung specifischer Ursachen. Der Einfluss der Heredität ist dem vom Strome durchflossenen Multiplicatordraht zu vergleichen, welcher die sichtbare Ablenkung der Magnetnadel vermehrt, aber deren Richtung nicht bestimmen kann. Als concurrirende oder accessorische Ursachen fungiren die banalen Schädlicheiten: Gemüthliche Erregungen, körperliche Erschöpfung, acute Krankheiten, Intoxicationen, Unfälle, geistige Ueberanstrengung etc.; keine derselben, auch die letztere nicht, findet sich regelmässig oder nothwendig in der Aetiologie der Neurosen. Eine constante und directe Beziehung zu einer dieser banalen Ursachen und dieser oder jener nervösen Affection findet sich nicht. Die banalen concurrirenden Ursachen können die specifische Aetiologie in Bezug auf Quantität ersetzen, aber niemals an deren Stelle treten. In einer Anzahl von Fällen werden alle ätiologischen Momente durch Erblichkeit und die specifische Ursache vertreten, die concurrirenden Ursachen fehlen; in anderen Fällen sind die unentbehrlichen ätiologischen Factoren quantitativ ungenügend, um für sich die Neurose zum Ausbruch zu bringen; erst bei Hinzutreten einer banalen concurrirenden Ursache kommt die Neurose zum Vorschein.

Die Störungen im Nervenhaushalte, welche jeder der grossen Neurosen eigenthümlich sind, haben ihre Quelle im sexuellen Leben des Individuums, entweder in einer Störung des gegenwärtigen sexuellen Lebens oder in gewissen Ereignissen des früheren Lebens. Für die Neurasthenie (nach Abtrennung der Angstzustände und Zwangsvorstellungen) existiren keine anderen specifischen Ursachen als übermässige Onanie und spontane Pollutionen. Bei der Angstneurose fällt die gleiche Rolle einer Reihe von Schädlichkeiten zu (sexuelle Abstinenz, frustrane Erregung, Congressus interruptus etc.), welche das gemeinsam haben, dass sie das Geichgewicht der psychischen und somatischen Functionen bei dem sexuellen Acte stören und die zur Entlastung des Nervensystems von der sexuellen Spannung erforderliche psychische Antheilnahme verhindern. Die specifische Aetiologie der Hysterie reducirt sich auf die Erinnerung an einen vor der Pubertät stattgehabten Act sexuellen Verkehrs mit Reizung der Genitalien durch Missbrauch seitens einer anderen Person (Act sexueller Passivität). Der sexuelle Vorgang zieht zunächst keine oder nur geringfügige Folgen nach sich, aber die psychische Spur davon erhält sich und wird im Pubertätsalter auf die eine oder die andere Weise geweckt. Die Erinnerung wirkt dann, als wenn es sich um ein Ereigniss aus jüngster Zeit handelte; es liegt

also die Nachwirkung eines sexuellen Traumatismus vor. Alle Ereignisse nach der Pubertät, welchen ein Einfluss auf die Entwicklung der Neurose und die Gestaltung ihrer Symptome zuzuschreiben ist, sind thatsächlich nur concurrirende Ursachen. Die Zwangsneurose (Neurose der Zwangsvorstellungen) besitzt eine ähnlich specifische Aetiologie: Die Erinnerung an einen sexuellen Vorgang vor der Pubertät, welcher jedoch nicht, wie bei der Hysterie Angst oder Abscheu, sondern Vergnügen verursacht hat. Die Zwangsvorstellungen auf ihren Ursprung zurückgeführt, erweisen sich nur als Vorwürfe, welche sich das Individuum wegen dieses verfrühten sexuellen Genusses macht.

Referent muss es sich versagen, an dieser Stelle bereits das Neue in der vorstehend skizzirten ätiologischen Theorie Freud's einer näheren Kritik zu unterziehen, zum Theil schon aus dem einfachen Grunde, weil der Werth, welcher derselben zukommt, nicht durch a prioristische Erwägungen, sondern lediglich auf Grund der Thatsachen festgestellt werden kann, welche sorgfältige Prüfung einer grösseren Reihe von Fällen in der von Freud angedeuteten Richtung ergiebt. So weit die dem Referenten zu Gebote stehenden Erfahrungen ein Urtheil gestatten, scheint die von Freud für die Angstzustände angenommene specifische Aetiologie am meisten, die für die Neurasthenie angenommene am wenigsten den Thatsachen zu entsprechen.

L. Löwenfeld.

---

245) **v. Krafft-Ebing:** Zur Aetiologie der multiplen Sclerose.
(Wiener med. Wochenschr. 1895, 51.)

Angesichts des bisher unbefriedigenden Standes unserer Kenntnisse von der Aetiologie der multiplen Sclerose untersucht der Verfasser möglichst exact 100 einwandsfreie längere Zeit beobachtete Fälle dieser Krankheit auf ihre Ursachen und stellte folgendes fest:

a) Prädisponirende Momente in 55 Fällen und zwar:

hereditäre oder familiäre Belastung	10	mal bei	Männern,	7	mal	bei	Frauen
angeborene Belastung	12	„	„	„	11	„	„	„
erworbene Schädigung d. N.-Syst.	8	„	„	„	7	„	„	„

b) Veranlassende Ursachen in 53 Fällen und zwar:

Erkältung und Durchnässung	30	mal	bei	Männern,	10	mal	bei	Frauen
Heisse Bäder	—	„	„	„	1	„	„	„
Körperliche Strapazen	4	„	„	„	2	„	„	„
Infectiöse Erkrankungen	1	„	„	„	5	„	„	„

Diese Statistik widerspricht zweifellos der Ansicht Marie's, der allein Infectionskrankheiten als Ursache der Sclerose annimmt, andererseits lässt sie das refrigeratorische Moment stark in den Vordergrund treten. Verf. constatirt nun, dass wir 2 Arten refrigeratorischer Ursachen haben, insofern Erkältung und Durchnässung nur einmal, aber intensiv stattfand, oder indem diese Schädlichkeit in geringem Grade, aber während langer Zeit auf den Körper einwirkte. In den ersten Fällen setzte die Krankheit meist unmittelbar ein und entwickelte sich rasch, in den letzteren fand sich schleichender Beginn und Verlauf.

Lehmann (Werneck).

---

246) Morton Prince (Boston): Traumatische Tabes. (Traumatism as a cause of locomotor ataxia; a critical examination of the evidence, with reports of three new alleged cases.)

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1895, Nr. 2.)

Dass die Entstehung einer Tabes durch ein physisches Trauma bedingt sein kann, wird vielfach von den Autoren angenommen. Prince stellt diese Möglichkeit sehr in Frage und berichtet über 2 eigene darauf bezügliche Fälle, die zur gerichtlichen Begutachtung kamen.

1. Fall. Ein Mann fällt im März 1890 beim Abspringen von der electrischen Bahn nach vorn und trägt ausser einer leichten Schwäche und Uebelkeit, sowie einer Verstauchung des Handgelenkes, die nach 1—2 Wochen wieder geheilt war, keine weiteren sicht- oder fühlbaren Folgen davon. Im Juni desselben Jahres verspürte er zum ersten Male lancinirende Schmerzen in den Unterextremitäten, ging zur homöopathischen Officin und bekam hier von dem ihn untersuchenden Arzte die Mittheilung, dass er an Ataxie leide. Nach dem merkte er, dass er Schwindel und Schwanken hätte. Im August passirte ihm ein zweiter ähnlicher Unfall. Von diesem Zeitpunkte an entwickelten sich ganz rapid tabische Erscheinungen. 1894 (nach $3^1/_2$ Jahren) bot der Kranke das ausgeprägte Bild einer Hinterstrangsclerose.

Ueber diese Beobachtung giebt P. sein Urtheil dahin ab, dass der Unfall die Tabes nicht hervorgerufen, sondern nur den Verlauf des schon vorhandenen, aber vom Patienten wegen der bis dahin nur objectiven Erscheinungen nicht bemerkten Leidens beschleunigt hat.

2. Fall. Ein Mann fiel im März 1889, als der Eisenbahnzug unvermuthet anzog, von der untersten Stufe des Trittbrettes auf's Gesäss. Die sofort angestellte ärztliche Untersuchung fand nur einen blauschwarzen Fleck auf dem Sacrum. Die Schmerzen in den Hinterbacken blieben seitdem bestehen und nahmen einen brennenden Character an. Gleichzeitig begann der Kranke über zunehmende Schwäche und Arbeitsunfähigkeit zu klagen. 6—7 Monate nach dem Unfalle constatirte ein Arzt fehlende Kniereflexe. Ein Jahr nach dem Unfall stellte P. ausgeprägte Tabes und traumatische Psychose fest. Bei der Untersuchung kam heraus, dass der Patient früher Gonorrhœ gehabt und vor 6 Jahren bereits schiessende Schmerzen verspürt hatte. P. gab sein Urtheil in demselben Sinne wie im ersten Falle ab.

Auch die bisherigen Veröffentlichungen von Tabes im Anschluss an ein Trauma dürften einer strengen Kritik gegenüber nicht Stand halten. P. verlangt, dass man erst dann, wenn der Nachweis gegeben wäre, dass

1. das Individuum nachweislich vor oder unmittelbar nach dem Unfall frei von tabischen Symptomen gewesen ist;
2. keiner anderen der bekannten Ursachen, vor allem Syphilis, vorher ausgesetzt gewesen ist;
3. das Trauma nicht leichter Natur gewesen ist;
4. die ersten tabischen Erscheinungen nach nicht allzu langer Zeit, z. B. innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, sich gezeigt haben;
5. die Diagnose Tabes unanfechtbar war;

dass man nur unter Erfüllung dieser Voraussetzungen in einem gegebenen Falle die Entstehung einer Tabes auf den Unfall zurückführen dürfe.

Er analysirt die bisherigen Publicationen (30 an der Zahl) nach diesen Gesichtspunkten und findet, dass in der Mehrzahl derselben die Tabes nicht aus dem Trauma, sondern aus einem anderen früheren Anlass hervorgegangen sein kann und dass die übrigen Fälle, wenn auch hier der Einfluss des Unfalls auf die Entstehung dieses Leidens wohl möglich wäre, doch nicht ganz einwandfrei seien, insofern als keiner derselben die obigen Bedingungen sämmtlich erfülle. Buschan.

247) **Zeri** (Rom): Anatomischer Befund eines Tabesfalls. (Sulle alterazioni dei centri nervosi nella tabe.)

(Rivista sperimentale di freniatria XXI, p. 580—641.)

Sehr kurze klinische, sehr genaue anatomische Beschreibung eines Falles von Tabes, der 2 Jahre vor dem Tode mit lancinirenden Schmerzen erkrankte, dann Diplopie bekam, wegen Gehstörungen das Krankenhaus aufsuchte, zuletzt mässig dement und euphorisch wurde. Links Ptose und absolute Lähmung der Bulbusmuskeln, rechts Abducenslähmung. Beiderseit Anästhesie im Trigeminusgebiet.

Sehr genaue Untersuchung des Rückenmarks und Hirnstamms; im ersteren ausgesprochen tabische Veränderungen, im letzteren multiple Kern-veränderungen, wie sie ebenso der Tabes wie der Paralyse eigen sind. Im Dorsalmark sind die Zellen der Clarke'schen Säulen fast verschwunden; links ist, im Lumbalmark am meisten und hinauf bis ins obere Dorsalmark, das Vorderhorn stark reducirt. Im Bulbus zwischen Pyramidenkreuzung und substantia Rolando ein anomales Bündel (Henle, Pick, Cramer). Mitten im Strickkörper ein grauer Kern, den Z. mit einem von Wernicke (Lehrbuch I, 166) beschriebenen identificirt. Sehr eingehend werden die Veränderungen der Oculomotoriuskerne beschrieben; die Fasern dieser Nerven sind wenig verändert, je peripherer, um so weniger.

Die Pupillenstarre führt Z. auf Läsionen der Collateralen im Höhlengrau des III. Ventrikels zurück. Kurella.

248) **Pugliese** (Reggio): Cerebrospinale Lipome. (Contributo allo studio dei lipomi cerebro-spinali.)

(Rivista sperim. di freniatria XXI, p. 668—688.)

Bei einem agitirten Dementen ergiebt die Section ein den Balken bedeckendes, der Pia aufsitzendes, 3—6 mm dickes Lipom, das, wie die meisten Hirnlipome, symptomlos geblieben war. 18 Fälle aus der Litteratur; nur einer davon zeigte das Bild des Hirntumors; 5 betreffen chronische Psychosen. Spinale Lipome machen häufige Druckerscheinungen.

Kurella.

249) **Naunyn** (Strassburg): Sur l'épilepsie sénile et le symptome de Griesinger du à la thrombose basilaire.

(Journal de neurologie et d'hypnologie Nr. 1 u. 2, 1895/96.)

Der Verfasser berichtet über 3 Fälle seniler Epilepsie, in welchen durch die Compression der Carotiden am Hals Anfälle ähnlich den spontan auftretenden sich hervorrufen liessen.

Beobachtung I. 65jähriger Arbeiter, Alcoholiker, der schwer gearbeitet; vor 2 Jahren Pneumonie, keine Syphilis. Seit $1^1/_2$ Jahren Anfälle mit

Verlust des Bewusstseins von der Dauer von 2—3 Minuten, mehrmals in der Woche auftretend. Seitdem Schwindel, Abnahme des Gedächtnisses und des Sehvermögens, in letzter Zeit auch Kopfschmerzen. Allgemeine beträchtliche Arteriosclerose, geringe Hypertrophie des linken Ventrikels. Durch Compression der Carotiden während ½—1 Minute wird ein Anfall mit Verlust des Bewusstseins, leichten Zuckungen der Extremitäten und Pulsverlangsamung herbeigeführt. Digitalisinfus erwies sich von günstigem Einflusse auf die Anfälle.

Beobachtung II. 70jähriger Kranker, vormals Hotelier, angeblich immer nüchtern, ohne Lues. Seit 12 Jahren Anfälle mit Bewusstseinsverlust und oft mit ausgesprochenen Zuckungen: einmal Zungenbiss; fortgeschrittene Arteriosclerose; an der Oberfläche des Herzens, insbesondere über der Aorta ein systolisches Reiben zu hören. Durch Compression der Carotiden am Hals lässt sich auch bei diesem Kranken ein Anfall von ähnlicher Art wie im vorhergehenden Falle hervorrufen. Bromkali verschlimmert das Leiden.

N. betont auf Grund seiner Beobachtungen, dass er die Carotiden-compression nicht als ein so harmloses Verfahren betrachten könne, wie es von einer Anzahl von Autoren (Kussmaul, Tenner, Concato, Friedmann) geschildert wird. Die senile Epilepsie hängt nach seiner Ansicht im Allgemeinen von Circulationsstörungen im Gehirn (Anämie) ab, welche durch Herz- und Gefässveränderungen herbeigeführt werden.

L. Löwenfeld.

---

2. Specielle Pathologie.

a) Gehirn:

250) **Raymond:** Sur une variété particulière de paralysie alterne. Leçon du 11. janvier 1895, recueillie par A. Souques.

(Revue neurologique Nr. 7, 1895.)

Anknüpfend an einen Fall einer selteneren Varietät der alternirenden Lähmung: rechtsseitige Hemiplegie mit linksseitiger Abducenslähmung, unterzieht R. in obiger Vorlesung die verschiedenen Formen alternirender Lähmung an der Hand der Ergebnisse der neueren gehirn-anatomischen Forschungen einer lichtvollen Besprechung. Der Fall, welcher den Ausgangspunkt der Erörterungen bildet, betrifft eine 39jährige, erblich belastete Frau (der Vater Potator, die Mutter seit Kurzem hemiplegisch), welche seit ihrer Verheirathung mit 27 Jahren mehrfach an luetischen Affectionen behandelt wurde, von denen sie zum Theil noch deutliche Spuren aufweist (eingesunkene Nase, tiefgehende Narben im Rachen); zwei Kinder, welche sie zur Welt brachte, starben in den ersten Lebensmonaten. Vor etwa 6 Monaten wurde die Patientin während ihrer Beschäftigung von einem apoplectischen Insult heimgesucht, welcher rechtsseitige Hemiplegie und Aphasie hinterliess. Die Aphasie verlor sich nach 14 Tagen, aber eine Schwächung der intellectuellen Functionen, insbesonders des Gedächtnisses, verblieb. In den ersten Tagen nach dem Insult bestand auch eine sehr ausgesprochene Amblyopie; 3 Monate später stellte sich Doppeltsehen ein.

Beim Eintritt in das Hospital bot die Kranke eine rechtsseitige Hemiplegie vom Typus der gewöhnlichen cerebralen Hemiplegie dar. Daneben fand sich vollständige Lähmung des linken Abducens mit homonymer Diplopie

und geringe Erweiterung der linken Pupille, mit Abschwächung der Reaction auf Licht- und Accomodationsreiz. Augenhintergrund normal.

Von den verschiedenen Arten alternirender Lähmung haben bisher speciell zwei die Aufmerksamkeit auf sich gelenkt. Die eine derselben, bekannt als Millard-Gubler'sches Syndrom, characterisirt sich durch Hemiplegie der einen Seite, periphere Facialislähmung der anderen Seite. Zu letzterer gesellt sich nicht selten Lähmung des Hypoglossus oder des Abducens der gleichen Seite. Die zweite Art, als Weber'sches Syndrom bezeichnet, ist im Wesentlichen durch eine gewöhnliche Hemiplegie in Verbindung mit einer Lähmung des Oculomotorius der anderen Seite characterisirt. Eine dritte Art repräsentirt der oben mitgetheilte Fall, welcher sich den beiden ersterwähnten Syndromen nähert. Da diese durch eine Läsion in der Gegend des Mesocephalon bedingt sind, muss in diesem auch im vorliegenden Falle der Krankheitsherd gesucht werden. Ein Herd im hinteren Brückengebiete, welcher den Abducens und den Pyramidenstrang betheiligt, musste neben Abducenslähmung eine Hemiplegie spinalen Characters herbeiführen, weil in dieser Gegend die corticobulbären Fasern des unteren Facialis sich bereits von dem Pyramidenstrange abgesondert haben. Da die Kranke jedoch eine Hemiplegie vom gewöhnlichen cerebralen Typus, d. h. mit Betheiligung des unteren Facialis aufweist, kann die Läsion bei ihr — eine einseitige Affection vorausgesetzt — nur entweder im Innern des bulboprotuberantiellen Abschnittes des Mesocephalon ihren Sitz haben oder ausserhalb desselben an der Basis der Brücke derart, dass einerseits der Abducens, andererseits der Pyramidenstrang vor der Kreuzung des fasciculus geniculatus betheiligt ist. Gegen erstere Annahme macht R. geltend, dass ein einseitiger Herd, welcher die Pyramidenfaserung im vorderen und den Abducens im hinteren Abschnitte der Brücke lädirt, nothwendig eine grosse Ausdehnung besitzen und desshalb ein complicirtes Bild liefern müsste. Die 2. Annahme hat dagegen viel mehr für sich. Eine Läsion an der Basis der Brücke von einer Ausdehnung, dass sie einerseits den Abducens, andrerseits den Pyramidenstrang im Bereiche des Hirnschenkels oder der vorderen Brückenregion trifft, würde nicht nur die Hemiplegie mit der alternirenden Abducenslähmung, sondern auch die partielle Oculomotoriuslähmung erklären. Auch an 2 Herde am vorderen und hinteren Rande der Basis der Brücke kann man denken. Was die Art der vorliegenden Läsion anbelangt, so glaubt R., dass eine luetische Arteriitis mit folgender Thrombose und necrobiotischer Erweichung im Bereiche des Pons ebenso gut wie ein basaler gummöser Process im Spiele sein kann.

Durch eine zweimonatliche antiluetische Behandlung wurde bei der Kranken erhebliche Besserung erzielt. L. Löwenfeld.

---

251) **G. Anton** (Graz): Ueber die halbseitigen und doppelseitigen Gehirnlähmungen.

(Mittheil. d. Vereins der Aerzte in Steiermark, 1895, Nr. 5. Vortrag am 18./3. 95.)

Bei Hemiplegien ist die Lähmung in den verschiedenen gelähmten Muskelgruppen verschieden stark, auch die Wiederherstellung, also das Verschwinden der Lähmung gestaltet sich zeitlich verschieden: das gelähmte Bein restituirt sich in der Regel früher als der lahme Arm, der Oberarm

schneller als die Hand, der Oberschenkel schneller als der Unterschenkel; von den gelähmten Muskeln erholen sich die Beuger schneller als die Strecker, die Supinatoren schneller als die Pronatoren. Es bleiben also in der Regel die vom Gehirn entlegeneren Muskelantheile länger oder auch dauernd gelähmt. Dieses verschiedene Verhalten der Muskelgruppen bei Hemiplegie kann nicht damit erklärt werden, dass man eine verschieden starke Schädigung der zugehörigen Nervenstränge annimmt. Verf. giebt eine andere Erklärung. Der einzelne Muskel hat im Rückenmark oder im Gehirnstamm seinen Kern, aus dessen Ganglienzellen seine Bewegungsnerven entspringen. Es ist also jeder einzelne Muskel an einer bestimmten Stelle des Rückenmarkes oder Gehirnstammes vertreten. Jenseits dieser Punkte ziehen aber nur verhältnissmässig wenig Nervenfäden zum Gehirn. Im Gehirn aber sind nicht die einzelnen Muskeln, sondern die einzelnen Bewegungen vertreten. So kann normaler Weise vom Grosshirn aus nicht der äussere Augenmuskel in Action gesetzt werden, sondern nur der Blick nach aussen, der die gesammten Augenmuskeln — auch die der anderen Seite — in eine zweckmässige Bewegung setzt. Versucht man unter Berücksichtigung dieser Argumentation eine Erklärung für das verschieden zeitliche Verschwinden der Lähmung in den verschiedenen Muskelgruppen, dann kommt man zu dem Ergebniss, dass gerade diejenigen ihre Function am frühesten wieder aufnehmen, welche summarisch innervirt werden und welche automatischen, unbewussten Bewegungsleistungen dienen, ferner, dass diejenigen Muskelgruppen am schwersten und am längsten geschädigt bleiben, welche die isolirtesten Innervationen nöthig haben und die am meisten zu den willkürlichen Bewegungen herangezogen werden. So arbeitet die Athmungsmuskulatur bald wieder symmetrisch, so restituiren sich die mehr automatisch thätigen und meist gleichzeitig innervirten Beine schneller als die durch mehr Einzelinnervation für Willkürbewegungen gebrauchten Arme. Grossen Werth legt Verf. darauf, diesen Unterschied der automatischen und willkürlichen Bewegungen an ein und demselben Muskelgebiet festzustellen und er exemplificirt an einem hemiplegischen Kranken, der willkürlich den Mund nicht schliessen konnte, dies aber beim Schluckact ohne Schwierigkeit fertig brachte. Bekanntlich hat Meynert diesen zweifachen Ursprung der motorischen Bahnen aus dem Grosshirn festgestellt: Hirnschenkelfuss für die Bahnen bewusster Bewegungsimpulse zu den Vordersäulen des Rückenmarks; Haube für die Bahnen der automatischen und mimischen Bewegungen, die vorwiegend vom Sehhügel kommen. Bei niederen Thieren fehlt die Willkürbahn fast vollständig und trotzdem bleiben sie mit ihren Automatismen in ihrem Kampf um's Dasein Sieger. Bei Neugeborenen findet sich das System der Haubenbahn weiter entwickelt, die Willkürbahn wird erst in den ersten Lebensjahren fertiggestellt. In diesem Missverhältniss geweblicher Entwicklung liegt der Bewegungstypus des Kindes gegenüber dem des Erwachsenen begründet. Verf. bezeichnet ihn als den der automatischen Mitbewegungen, die den choreatischen Bewegungen nahestehen. Referent hat ihn früher als ataktisch bezeichnet, hält diese Bezeichnung auch heute noch für zutreffender und ist der Meinung, dass das Wesen der Ataxie bei Erwachsenen vom bewegungsphysiologischen Standpunkte aus nicht in einer irgendwie gearteten Störung

der bewussten Willkürinnervation allein gelegen ist, sondern dass neben dieser und durch diese Störung der Willkürinnervation ein Plus von automatischen Innervationsimpulsen hinzukommt, die einmal mehr summarisch auftreten und Muskelgruppen statt Einzelmuskeln umfassen, und die dann durch die gestörte Willkürinnervation nicht mehr so genügend und regelmässig regulirt werden, wie es bei normalen Verhältnissen der Fall ist. Auch auf psycho-motorischem Gebiete giebt es, wenn dieser Ausdruck gestattet ist, ein Doppel-Ich, und die bewusste Willkürbahn stellt das Substrat des höher entwickelten Theiles dar, der die Rolle eines Repetir- resp. Hemmungsapparates für den automatischen, psychisch-inferioreren Theil übernommen hat. Die Application dieser Auffassung auf rein psychische Vorgänge erleichtert sehr das Verständniss für den Causalzusammenhang von Intelligenz- und Moraldeffecten bei psychischen Erkrankungen. — Für die Erklärung der Wiederherstellung gelähmter Muskelgruppen selbst in solchen Fällen, wo durch Zerstörung der Achsencylinder die Bahnen getrennt sind, nimmt Verf. an, dass das System der Haubenregion mit dem Rückenmark sowohl in gekreuzter wie in gleichseitiger, also in bilateraler Verbindung stehe; die Lähmung durch eine Verletzung in der contralateralen Hirnhälfte kann also durch den Einfluss der gesunden gleichseitigen Hirnhälfte wieder ausgeglichen werden. Die Richtigkeit dieser Hypothese vorausgesetzt, handelt es sich hier also nicht um eine Heilung oder ein Verschwinden der Lähmung, sondern um einen Ersatz von Functionen durch andere Centraltheile.

Im zweiten Theile seiner Arbeit handelt Verf. von den beiderseitigen Gehirnerkrankungen, welche die Muskulatur beider Körperhälften in Mitleidenschaft ziehen. Am häufigsten werden derartige Fälle bei Kindern beobachtet. Der Geburtsact bringt starke Blutungen an der Hirnoberfläche hervor, meist in der Gegend des Scheitelhirns und zwar viel öfter und ausgiebiger an den medialen Partien nahe der Kante des Gehirnmantels, beiderseits. Die Rinde wird dadurch mechanisch lädirt, es kommt zu hämorrhagischen Defecten des Scheitelhirns, bei späteren Obductionen finden sich Schrumpfung, Sclerosirung, Verschmälerung der Windungen. Im Anschluss daran kommt die Pyramidenbahn beiderseits wenig oder gar nicht zur Entwicklung. Derartige beiderseitige Hirnverletzungen bringen nun viel mehr zu Stande, als eine rechte und eine linke Hemiplegie; das ergiebt sich schon aus den obigen Ausführungen über die bilaterale Innervation. Bei diesen Doppelverletzungen ergiebt sich ein Zuwachs von Symptomen, welche als „bulbäre“ zu bezeichnen sind, vorwiegend Schlingbeschwerden, Articulationsstörungen und Störungen in der Mimik. Verf. demonstrirt das an zwei Fällen resp. Krankheitsgeschichten, aus denen hervorgeht, dass auch im Bereiche der bulbären Nerven die automatischen Bewegungsleistungen schwer und dauernd in Mitleidenschaft gezogen waren. Das Vorhandensein solcher bulbärer Symptome bei einer Hemiplegie solle, so empfiehlt Verf., den Arzt veranlassen, nach einer früher abgelaufenen entsprechenden Erkrankung der anderen Seite zu forschen. Die bulbären Symptome sind prognostisch höchst ungünstige. Auch bei der progressiven Paralyse kommen bulbäre Symptome vor, die nach Verf. zum Theil dadurch bedingt sind, dass der anatomische Process der Paralyse beide Vorderhörner ergriffen hat. Erlenmeyer.

---

252) **G. Anton** (Graz): Ueber das verschiedene Verhalten der willkürlichen und automatischen Bewegungen.

(Mitth. d. Ver. d. Aerzte in Steiermark, Bd. 2, 1895.)

Eine weitere Ausführung des Inhaltes des vorigen Aufsatzes Beschreibung eines Falles mit vorwiegender Störung der automatischen Bewegungen, für die vom Verf. eine Affection des Sehhügels und der von ihm ausgehenden Haubenbahn — Neoplasma — diagnosticirt wird bei fast unversehrter Pyramidenbahn.

Der Aufsatz ist leider in dem vorliegenden Jahresbericht, November 1895, nur theilweise enthalten. Erlenmeyer.

---

253) **Köppen**: Hemianopsie, besonders in Beziehung zu Sensibilitätsstörungen. — Vortrag in der Gesellschaft der Charité-Aerzte 19./XII. 1895.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 1.)

K. berichtet über 2 Fälle aus der Jolly'schen Klinik.

Der erste Patient hatte vor 2 Jahren einen epileptoiden Anfall und einen zweiten kurz bevor er in die Klinik kam. Er wurde in einem benommenen Zustand in die Klinik gebracht und zeigte Zuckungen auf der linken Körperhälfte mit dem Character von combinirten Muskelkrämpfen. Als er zu sich kam, wurde eine bilaterale Hemianopsie (links) und eine Sensibilitätsstörung des linken Arms von den Fingern bis zur Mitte des Unterarms für alle Gefühlsqualitäten constatirt. Dieselbe besserte sich bedeutend und war in den letzten Tagen nur noch in den Fingerspitzen wahrnehmbar neben einer darauf zurückzuführenden Bewegungsstörung der linken Hand (Unausführbarkeit feiner Bewegungen), während die Hemianopsie nur im oberen Quadranten zurückgegangen ist. Papilla optica normal, kein Erbrechen, keine Kopfschmerzen, leichte Demenz.

Der zweite Patient ist plötzlich in einen bewusstlosen Zustand verfallen und so in die Klinik gebracht worden. Allmählich kam er zu sich. Er zeigte nun eine ausgesprochene linksseitige Hemianopsie und leichte Schwäche der linken Extremitäten neben Deviation der Augen und des Kopfes nach rechts. Papille verwaschen, heftige Kopfschmerzen, Schmerzhaftigkeit der linken Schädelseite, besonders in der Schläfengegend. Keine Sensibilitätsstörungen.

Während nach K. der letztere Fall deutlich auf eine Geschwulst im rechten Stirnlappen hinweist, welche auf den Tractus nervi optici einer Seite drückt, und die die gleichen Seiten beider Bulbi versorgenden Fasern zum Untergange bringt, glaubt K. im zweiten Falle eine Affection der inneren Kapsel ausschliessen und zumal wegen des Characters der Sensibilitätsstörung eine Rindenerkrankung (Blutung) in der hinteren Centralwindung annehmen zu müssen, welche sich auch nach hinten erstreckt und die Sehstrahlen in Mitleidenschaft gezogen hat. Hoppe.

---

254) **Oppenheim**: Hemianopsia bilateralis dextra. — Vortrag in der Berl. Medic. Gesellschaft 22./IV. 1896.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 18.)

Patient leidet seit Jahren an Kopfschmerzen, besonders über dem linken Auge, welche anfallsweise stärker werden und mit Uebelkeit und

Erbrechen einhergehen. 1888 wurde eine leichte Neuritis optica constatirt. 1894 eine Hemianopsie bilateralis dextra festgestellt, welche an Ausdehnung zunahm.

O. konnte bei der Untersuchung ausser der Hemianopsie, der jetzt sehr deutlichen Neuritis optica und einer leichten Hemiparesis dextra ein lautes rhytmisches dem Pulse isochronisches Geräusch in der linken Schädelgegend, namentlich über dem linken Ohre feststellen, wodurch die nach der Anamnese zu vermuthende Diagnose Aneurysma der basalen Arterien sicher wurde. O. nimmt ein Aneurysma an der Carotis int. resp. an einem Zweige des Circulus Willisii an.

Bezüglich der Prognose weist O. auf die Möglichkeit der Spontanheilung hin. Zunächst soll ein Zeit lang Jodkali verabreicht werden.

Hoppe.

255) **Samuel West:** Case of cerebral tumour in which the initial symptoms were chiefly sensory in the arm and face. Sudden aggravation with loss of hearing in corresponding ear.

(Brain. Summer-Autumn. 1895.)

Der Tumor betraf einen 16jährigen Mann und machte verhältnissmässig wenig Ausfallssymptome. Die Aufnahme ins Krankenhaus wurde lediglich wegen der Abnahme des Sehvermögens und wegen der unangenehmen Parästhesien im Arme nachgesucht. Bei der bald darauf möglichen Section fand sich ein wallnussgrosses Gliosarcom in der weissen Substanz nach aussen vom Linsenkern. Der hintere Theil der inneren Kapsel war von dem Tumor afficirt.

Wichmann.

b) *Rückenmark und Bulbus.*

256) **Picot** (Bordeaux): Sur un cas de paralysie du bras d'origine traumatique.

(Bulletin médicale 1896, S. 192.)

45jähriger Mann ohne Antecedentien fällt aus dem Wagen mit dem Kopf auf den Boden und zieht sich eine Wunde am linken Scheitelbeine zu. Kein Bewusstseinsverlust, Heilung der Wunde innerhalb weniger Tage. Bestehen blieb eine Paralyse der 4 Extremitäten. Keine Respirationsstörungen; jedoch geringe Schluckbeschwerden, Incontinentia urinæ während 3 Wochen und Obstructio alvi während 2 Monate. — 14 Tage nach dem Unfall ist die Lähmung der Unterextremitäten verschwunden, nach weiteren 8 Tagen auch die der linken Oberextremität. Es bleibt nur der rechte Arm gelähmt. Intelligenz, Gesichts-, Gehörs-, Geschmacks- und Geruchssinn waren niemals gestört. Unbedeutende Sensibilitätsstörungen.

Status präsens: Kopf ein wenig nach rechts verzogen. Ob etwa eine Fractur des 7. Halswirbels vorgelegen hat, lässt sich nicht feststellen; jedoch ist sein Dornfortsatz mehr vorspringend als normal. Der rechte Arm ist vollständig gelähmt. Der Kranke kann ihn aber heben. Deltoides, Biceps, Supra- und Infraspinatus stark atrophirt. Volumen des Vorderarms und Hand nicht sehr vermindert. Beugung des Vorderarmes gegen den Oberarm ist unmöglich. Extension, wenn auch in schwachem Grade, erhalten. Die Extremität wird in Pronation gehalten, die Finger gegen die Hand gebeugt, obgleich Index und Medius in leichte Extension gebracht

werden können. Opposition des Daumens möglich. — Reflexe der Beuger, des Radialis externus und des Triceps gesteigert; kein epileptoides Zittern. — An den Unterextremitäten Bewegungen in normaler Weise erhalten. Reizung der Fusssohle von clonischen Zuckungen gefolgt. Fussphänomen gesteigert, die ganze Unterextremität wird von epileptoiden Zitterbewegungen erschüttert. Patellarreflex ebenfalls gesteigert. — Sensibilität für Schmerz normal, für Kälte gesteigert, für Wärme herabgesetzt, besonders am rechten Arm. An der Innenseite des rechten Oberschenkel besteht eine hyperästhetische Zone.

Es handelt sich im vorliegenden Falle also um eine motorische Lähmung der rechten oberen Extremität mit Atrophie der Schultermuskeln und vielleicht beginnender Arthropathie, aber ohne merkliche Sensibilitätsstörungen. Verf. scheidet von der Diagnose aus naheliegenden Gründen eine Lähmung peripheren Ursprunges (Neuritis), desgleichen eine centrale Störung in Folge von Trauma, Erweichung, Tumor etc., sowie eine Läsion der inneren Kapsel aus, und nimmt eine medulläre Läsion an: eine aus einer Compression oder Hämatomyelie resultirende Alteration des rechten Vorderhornes in der Gegend, die dem Eintritt des Nerven in den Plexus brachialis entspricht. Buschan.

---

257) **W. Erb** (Heidelberg): Syphilis und Tabes.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 11.)

Gegenüber der von Leyden's Schüler Storbeck neuerdings in der Zeitschrift für klinische Medicin veröffentlichten Statistik über Tabes, „welche die Thatsachen auf's Neue zu verdunkeln geeignet erscheint," sieht sich E. veranlasst, die statistisahen Zusammenstellungen über die neueren, seit seiner letzten Veröffentlichung von ihm beobachteten Fälle von Tabes zu veröffentlichen. Es sind im Ganzen wieder 270 Fälle, von denen er aber nur eine Serie von 200 Fällen bei Männern aus den höheren Ständen verwendet, weil dieselben die grösste Garantie für die Zuverlässigkeit der Resultate bieten. E. stellt diese 200 Fälle in folgender kleiner Tabelle von je 100 zusammen:

	1. Hundert	2. Hundert	Mittel %
1. Fälle ohne jede nachweisbare syphil Infection	5	10	7,5
2. Fälle mit vorausgegangener syphil. Infection	95	90	92,5
Davon a) mit sicherer secundärer Syphilitis .	60	63	61,5
b) mit Schanker ohne bemerkte secundäre Symptome	35	27	31,0

Bei den 62 Kranken, die nur Schanker hatten, waren mindestens 25 Fälle, wo der Schanker ein harter war oder die eine antiluetische Kur durchgemacht hatten. Es bleiben also nur 4 (2%), die, soweit sich dies sagen lässt, sicher nicht syphilitisch waren.

Mit Hinzurechnung der Statistik über die 500 früher veröffentlichten Fälle (10,8% Nichtinficirte) ergeben sich unter 700 Fällen 9,65 Nichtinficirte gegen 90,35 früher Inficirte.

Unter den 200 Fällen befinden sich 33 Officiere, von denen 30 (ca. 91%) sicher inficirt waren; von den 3 Nichtinficirten hatte jeder mehrmals Tripper, bei zweien von ihnen war in der Ehe nur eine Todtgeburt und ein

Abort erfolgt (sonst keine Kinder). Unter den 200 Fällen befanden sich ferner 2 Theologen, die beide syphilitisch waren, und drei Brüderpaare mit Tabes, die alle 6 syphilitisch waren.

Von den 9 Weibern mit Tabes, die E. beobachtet hat, hatten 6 früher sicher Syphilis; 2 hatten syphilitische Männer und abortirten mehrmals; eine war vor der Ehe wahrscheinlich syphilitisch gewesen (wie der gesunde Mann selbst andeutete).

E. weist auf die Uebereinstimmung seiner überzeugenden Ergebnisse mit fast allen neueren an grösserem Material angestellten Untersuchungen hin und kritisirt die Storbeck'schen Zusammenstellungen. Näheres darüber im Original. Hoppe.

---

258) **P. J. Möbius:** Zur Lehre von der Tabes. A. *Die Entwicklung der Aetiologie der Tabes.*

(Neurol. Beiträge von P. J. Möbius, Heft III.)

Auf 107 Druckseiten giebt M. die Litteratur vom Jahre 1880—1895 in kurzen Referaten, die hauptsächlich die Tabes-Syphilisfrage zum Gegenstande haben und aus denen er im Schlusswort folgendes zusammenfassend hervorhebt:

Die Tabes beginnt mit lancinirenden Schmerzen in den Beinen und mit Blasenstörung, oft auch mit Beeinträchtigung des Sehvermögens, reflectorischer Pupillenstarre und Fehlen des Kniephänomens. Die Schädlichkeit muss also im ganzen Körper vorhanden sein, sie muss im Blute kreisen, muss bacterieller oder chemischer Natur sein, muss beim Befallen der Organe eine bestimmte Auswahl treffen können. Zu diesen Ergebnissen führen auch die anatomischen Untersuchungen.

Die eigenthümliche Thatsache, dass die Tabes in der Regel im 3. und 4. Jahrzehnte beginnt, dass sie in den grossen Städten häufiger ist als auf dem Lande, dass sie manche Stände bevorzugt, kehrt nur noch bei 2 Krankheitsformen wieder, bei der progressiven Paralyse und der Syphilis. Da der Beginn der Tabes und der progressiven Paralyse, die häufig zusammen vorkommen, dem Beginn der Syphilis, der durch sociale Verhältnisse fixirt ist, durchschnittlich um 7 - 8 Jahre folgt, da 90% der Tabeskranken früher an Lues gelitten haben, so muss ein Zusammenhang zwischen Lues auf der einen und Tabes und progressiver Paralyse auf der anderen Seite bestehen, zumal sich bei den übrigen 10% nicht mit absoluter Sicherheit Syphilis ausschliessen lässt. Eine in ihren Symptomen so einheitliche Krankheit muss auch eine einheitliche Ursache haben.

Dass die anatomischen Veränderungen der Tabes nicht denen der Syphilis gleichen, dass Quecksilber und Jod nichts nützen gegen Tabes, lässt sich durch die bekannte Annahme der Tabes als Metasyphilis, als durch die Toxine der Syphilisbacterien entstanden, erklären. Dass weiter die Tabes die geistig und seelisch stärker in Anspruch genommenen Klassen mehr befällt, als die niederen Klassen, dass Naturvölker weniger befallen werden als hochcivilisirte Völker, obgleich die Syphilis überall gleich häufig vorkommt, erklärt sich daraus, dass die Function des Nervensystems, besonders der sensorischen Theile, in gewissem Sinne der höheren Entwicklung der Civilisation proportional stärker in Anspruch genommen wird. Das Nervensystem ist eben bei gesteigerter Function mehr zur Erkrankung geneigt.

Die Bedeutung der Vererbung scheint gering zu sein. — Ueber die disponirende Wirkung von Alcohol, Strapazen, Erkältungen, Traumen und acuten Erkrankungen weiss man nichts Sicheres. Dauber-Würzburg.

---

259) **P. J. Möbius:** Zur Lehre von der Tabes. B. *Ueber Tabes bei Weibern.*

(Neurol. Beiträge von P. J. Möbius, Heft III.)

In 4 im Jahre 1884, 1893 und 1895 geschriebenen Arbeiten theilt M. seine von ihm beobachteten Krankengeschichten (46 an der Zahl) von tabeskranken Frauen mit und stellt an das Ende der zweiten Arbeit 5 zusammenfassende Schlusssätze, die auch nach den letzten Arbeiten im vollen Umfange als zu Recht bestehend gelten können.

1. Bei der Mehrzahl der tabeskranken Weiber liess sich in der Vorgeschichte Syphilis nachweisen, bei fast allen fanden sich Umstände, die eine frühere Infection wahrscheinlich machten.
2. Bei Jungfrauen wurde Tabes nicht beobachtet.
3. Die Kranken waren beim Beginn der Tabes im Mittel 32 Jahre alt. Das Intervall zwischen Infection und Tabes betrug im Mittel 7 Jahre.
4. Die Syphilis war stets eine leichte gewesen. Deutliche Zeichen von Syphilis fanden sich weder bei denen, die notorisch inficirt waren noch bei denen, die es nur wahrscheinlich gewesen waren.
5. Hilfsursachen der Tabes fehlten häufig ganz Es stellten sich als solche dar: puerperale Vorgänge, besonders Blutungen, in vereinzelten Fällen Erkältung, Gemüthsbewegungen, neuropathische Anlage.

Dauber.

260) **P. J. Möbius:** Zur Lehre von der Tabes. C. *Casuistik.*

(Neurol. Beiträge von Möbius, Heft III)

In kurzen Mittheilungen bespricht M. im Anschlusse an selbstbeobachtete Fälle und unter gelegentlicher Zuziehung der einschlägigen Litteratur einige bei Tabes nicht gerade häufig vorkommende Beobachtungen, über die das Genauere im Original einzusehen ist. Sie betreffen 1. Radialislähmung, 2. umschriebene Muskelatrophie, 3. centrales Scotom, 4. Ausfallen der Zähne, 5. Glycosurie, 6. Hutchinson's Maske, 7. Polyneuritis, 8. Zerreissung der Quadricepssehne, 9. Dehnung beider N. N. ischiadici (geringe Besserung). Im letzten Falle war allerdings nur eine geringe Besserung der Schmerzen und der Ataxie, wenigstens nach Angaben des Patienten, eingetreten; ob aber durch die Dehnung eine Beeinflussung des tabischen Processes erreicht werden kann, müssen weitere Beobachtungen lehren.

Dauber.

261) **Pearce Bailey** (New-York): A case of general analgesia, with symptoms of sclerosis of the pyramidal tracts and of the columns of Goll.

(The Medic. Record, 28. December 1895.)

Ein Zimmermann, der in früher Jugend an Schanker gelitten, später in Alcohol und Tabak excedirt hatte, wurde in seinem 48. Jahre von Taubsein und Lähmung des rechten Beins ergriffen, Symptome, die bald verschwanden, dann jedoch wiederkehrten und im Laufe der Jahre nicht nur die anderen Extremitäten mit ergriffen, sondern sich auch noch mit anderen nervösen Symptomen vergesellschafteten. Als Verf. den Kranken in seinem

60. Lebensjahr sah, bestand spastische Paralyse mit Ataxie aller 4 Extremitäten und vollkommene Analgesie der Haut des ganzen Körpers. Verf. bespricht die diagnostischen Möglichkeiten, kommt aber zu keinem bestimmten Resultate, ob die Symptome Folge einer rein functionellen oder einer rein organischen oder einer organischen Erkrankung mit Hinzutritt functioneller sensibler Störungen seien. Voigt (Oeynhausen).

IV. Zur Tagesgeschichte.

Die Verhandlungen des preussischen Abgeordnetenhauses über den Medicinal-Etat.

Am 11. März d. J. verhandelte das Abgeordnetenhaus über den Medicinaletat, nachdem ein Antrag des Abg. Kruse, betr. die Medicinalreform, zur eingehenderen Berathung vertagt worden war. Dann wurde der grösste Theil der Sitzung dem Irrenwesen gewidmet. Von Seiten des Centrums wurde gegen die Erlasse vom 20. September und vom 19. August 1895, betr. Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken, und die Polizeiverordnung, betr. Bau und Einrichtung von Krankenhäusern u. s. w. ein heftiger Angriff unternommen, der vom Ministertische in sehr verbindlicher Form beantwortet wurde. Vorzüglich richteten sich die Bedenken gegen den Aufnahmeerlass, von dem die Redner eine Erschwerung des Betriebes der auf „freier Liebesthätigkeit“ gegründeten Anstalten befürchteten. Im Gegensatz zu diesen Anstalten sprach man von den auf Erwerb gestellten, gleichsam als wenn die religiösen Anstalten ihre Kranken vollständig gratis verpflegten. Wie es in dieser Hinsicht aussieht, hat doch der Mellageprocess deutlich genug gezeigt; doch davon war es in den Verhandlungen ganz still, die peinliche Angelegenheit vom Sommer wurde kaum berührt; und während man für die Ordensanstalten möglichst viel Freiheit wünschte, konnte man für die von Aerzten geleiteteten — und wie doch auch der Laie wissen kann — ganz unentbehrlichen Privatanstalten nicht genug Strenge verlangen. Wir dürfen hoffen, dass hier nicht mit zweierlei Maass gemessen wird, besonders, was die sicherlich sehr trefflichen Bauvorschriften betrifft. Sollte man für öffentliche und religiöse Anstalten Ausnahmen und Milderungen zulassen, so muss man ein Gleiches für den eine Anstalt leitenden Arzt verlangen.

Aus dem Verlaufe der Verhandlung hebe ich einige besonders bemerkenswerthe Punkte hervor. So erklärt der Vertreter des Ministers auf eine Anfrage des Abg. v. Pappenheim, dass in einer Anstalt für Idioten der Arzt nicht seinen Wohnsitz zu haben braucht; „es genüge, wenn ihm im Laufe der Woche unbehindert zwei- oder dreimal der Zutritt gestattet werde“. Dies widerspricht jedoch noch u. a. dem § 18, 1 u. 2. Sicherlich besteht jedoch, wie auch von einigen Rednern hervorgehoben wurde, eine gewisse Unklarheit nach dieser Richtung. In einer Erwiderung auf eine Anfrage des Abg. Porsch stellte der Director der Medicinalabtheilung noch Milderungen für die Idiotenanstalten in Aussicht. Der Abg. Frhr. von Heeremann wandte sich vorzüglich gegen den Bau-Erlass, der der Behörde

zu viel discretionäre Vollmacht gäbe und die kleinen Wohlthätigkeitsanstalten vernichte. Seine Bedenken wurden vom Ministertische zerstreut, indem man darauf hinwies, dass es sich um ein Statut handle, das die Provinzen annehmen und modificiren könnten, je nach Lage der Verhältnisse. Auf eine weitere Anfrage des Abg. Porsch erklärt der Ministerialdirector wörtlich:

„Es ist ja selbstverständlich, dass wir weit davon entfernt sind, „bestehenden Anstalten Schwierigkeiten in den Weg zu legen, wenn „sie nur einigermassen den zu fordernden Bestimmungen ent„sprechen. In dieser Beziehung kann ich eine ganz bestimmte dahin„gehende Erklärung abgeben, dass die bestehenden Anstalten im „Interesse ihrer Fortdauer und ihrer segensreichen Thätigkeit in ihrer Existenz nicht nur, sondern auch in ihrer Wirksamkeit in keiner „Weise werden gehindert werden“.

Nachdem der Redner noch darauf hingewiesen hatte, dass sich die Aufnahmevorschriften auch auf Idioten beziehen, verspricht er im Gegensatz zu § 15 des Erlasses eine Erleichterung für Anstalten, die freiwillige Pensionäre aufnimmt; ihnen soll die Pflicht, einen Arzt dauernd bei der Anstalt zu haben, erlassen werden! —

Für diese „positiven“ Erklärungen von der Ministerbank beeilte sich der Abg. Mooren den Dank des Centrums auszusprechen. Der Abg. Dr. Mertens besprach die Einrichtung der Besuchscommissionen, denen er besonders die Revision der öffentlichen Anstalten empfahl, gegen die im Publikum noch vielfach Misstrauen herrsche. Die Namen der Mitglieder müssten bekannt gemacht werden, damit Jeder in der Lage sei, irgend welche Bedenken denselben zur Untersuchung mitzutheilen; er findet den Betrag von 8000 Mark für die Revisoren zu klein. Ihm antwortete der Cultusminister in ausführlicher Weise: Die psychiatrischen Mitglieder der Commissionen hätten ihre Thätigkeit unentgeltlich zur Verfügung gestellt. Die öffentlichen Anstalten seien ebenso wie die privaten revidirt worden; die Einrichtung habe sich im ersten Jahre durchaus bewährt.

Nachdem der Abg. Dr. Langerhans noch darauf hingewiesen, dass er keinen Fall unrechtmässiger Internirung erlebt habe, ging man zu einem anderen Gegenstand über.

Pollitz (Brieg).

Zur Wärterfrage.

Ueber den Wärterunterricht in Pennsylvanien bringt das Bulletin der Société de la médecine mentale de Belge vom Juni 1895 interessante Mittheilungen, denen wir Folgendes entnehmen: Im Jahre 1881 richtete Dr. Schultz, Director der Irrenanstalt zu Dinville, Unterrichtskurse für Wärter ein, wurde aber durch den Tod an einer weiteren Entwicklung seiner Ideen gehindert, Sein Nachfolger Meredith schuf nach diesen Ideen eine wirkliche Wärterschule, welche die Zustimmung der Behörden erhielt. Der Cursus umfasst nicht weniger als 6 Jahre. Auf einen zweijährigen theoretischen Cursus folgt ein 4jähriger practischer Unterricht auf den Krankenabtheilungen. Jedoch wird schon am Ende des 2jährigen theoretischen Cursus auf Grund eines Examens das Befähigungszeugniss ertheilt. Die Prüfung

bezieht sich nicht nur auf die Irrenpflege, sondern auch auf Anatomie, Physiologie, Hygiene und die Pathologie geistiger und nervöser Störungen.

Bei dem Examen am 26. Juni 1893 lauteten die Aufgaben im psychiatrischen Theil der Prüfung:

1. Es sollen die einfachen Formen der Manie und Melancholie beschrieben und ihre Unterschiede dargelegt werden.
2. Behandlung eines Epileptikers a) während eines Anfalls, b) in der anfallsfreien Zeit.
3. Welche Massregeln hat man bei der Aufnahme eines Kranken zu beobachten?
4. Benennung der geistigen Thätigkeiten. Wie wird der Verstand eingetheilt?
5. Die Begriffe: Illusion, Hallucinationen, Wahnvorstellungen sind mit Beifügung eines Beispiels zu erklären.
6. Eintheilung der Geisteskrankheiten.
7. Bei welchen Formen der Geistesstörung muss man Mordthaten, bei welchen Selbstmord fürchten?
8. Welche Form der Geistesstörung ist aus folgenden Erscheinungen zu erschliessen? Ordentliches und anständiges Wesen, körperliches Wohlbefinden, Fähigkeit zu geordneter Rede und Unterhaltung, aber grübelndes, anspruchsvolles, drohendes Verhalten mit der Vorstellung der betr. Person, dass irgend ein grosses Unrecht gegen sie begangen ist oder dass sie schwer gekränkt worden ist, wozu zeitweise andere auf den ersten Blick glaublich erscheinende Verfolgungsideen kommen. — Ein Beispiel für agitirte Melancholie.
9. Die wichtigsten vorbereitenden Ursachen der Geistesstörung.
10. Welches sind die körperlichen Erscheinungen der paralytischen Seelenstörung und welches die Erscheinungen auf geistigem Gebiete?
11. Die hauptsächlichsten Symptome des Irrsinns.
12. Bei welcher Form von Geistesstörung kommt Verlust des Gedächtnisses für Ereignisse der jüngsten Zeit bei Erhaltung des Gedächtnisses für ältere Ereignisse vor?
13. Welche Arten von Selbstmord giebt es?
14. An welchen Zeichen kann man das Herannahen eines epileptischen Anfalls erkennen?
15. Beschreibung der verschiedenen Formen der Melancholie.

Das Prüfungsprogramm enthielt noch 15 Fragen aus der allgemeinen Hygiene, 15 Fragen über Physiologie und 15 Fragen über Anatomie.

8 Wärter und Wärterinnen erhielten ihr Diplom. Diejenigen, welche die meisten Points erhalten hatten, erhielten Preise von 100 und 50 Franken. Die Vertheilung der Preise und die Einhändigung der Diplome geschah in feierlicher Sitzung mit Predigt, Festreden und musikalischem Theil.

Für unsere Verhältnisse erscheint jedenfalls, ganz abgesehen von der langen Dauer des Cursus, der Inhalt des Unterrichts- und Prüfungsprogramms viel zu ausgedehnt und zu sehr beladen mit gelehrtem Ballast, der für Wärter doch wahrlich nicht von Nöthen ist. Die obigen Fragen würden sich vielleicht bei uns in dem zukünftigen psychiatrischen Theile des medicinischen Staatsexamens eignen; heutzutage würde nur ein verschwindend kleiner Bruchtheil der Candidaten und selbst von Physicatscandidaten nur

wenige dieselben zu beantworten im Stande sein. Für Wärter könnte man vielleicht die Aufgaben 2, 3, 7, 13 und 14, allenfalls auch noch Aufgabe 5 und 10 bestehen lassen. Alles übrige erscheint ebenso wie zu eingehender Unterricht in Anatomie oder Physiologie practisch unnütz oder sogar vom Uebel.

Welche Wichtigkeit man auch in belgischen Psychiaterkreisen dem Unterricht und der Erziehung der Anstaltswärter beimisst, beweist ein Circular, welches das Bureau der société mentale de Belgique den Directoren und Aerzten in öffentlichen und privaten Irrenanstalten hat zugehen lassen, um die Veröffentlichung eines Vademecums zum Gebrauch für Irrenwärter anzukündigen. Dasselbe lautet in Uebersetzung folgendermassen:

Mein Herr!

Die belgische Gesellschaft für Psychiatrie hat sich in mehreren Sitzungen mit der Frage des Fachunterrichts für Irrenwärter beschäftigt und diese Frage für wichtig genug gehalten, um sie durch eins seiner Mitglieder zum Gegenstand eines Berichtes bei der Festsitzung im September 1894 zu machen, in welcher sie ihr 25jähriges Bestehen feierte.

Es handelt sich im Sinn der Mitglieder der Gesellschaft nicht darum, dem Irrenwärter eine neue Aufgabe zu geben, um ihn den Arzt ersetzen zu lassen, sondern einzig und allein darum, ihn besser in Stand zu setzen, seinen Beruf zu erfüllen durch Ergänzung, Verknüpfung und Richtigstellung der rudimentären Kenntnisse, die er zufällig hier und da aufgelesen hat, und der Anweisungen, welche ihm die vorgesetzten Aerzte gegeben haben. Es handelt sich darum, ihm Fingerzeige zu geben, ihn über die ersten Massregeln bei plötzlichen Unglücksfällen zu informiren, ihm zu zeigen, wie man einen einfachen Verband macht; ihm andererseits die Beobachtung Geisteskranker zu lehren, ihn über die wesentlichen Symptome der Geistesstörungen zu unterrichten und ihn so in die Lage zu setzen, genauere Berichte über den Zustand der Kranken zu geben und die Aufgabe des behandelnden Arztes zu erleichtern.

Von Jahr zu Jahr ist der hohe Werth der fachmässigen Ausbildung mehr und mehr gewürdigt worden; die Vereinigten Staaten zählen jetzt 652 geprüfte Wärter; seit 1891, also in 4 Jahren, hat die medico-psychologische Gesellschaft von Grossbritannien 893 Diplome ausgetheilt. In Holland haben im Jahre 1893 23 Wärter und im Jahre 1894 38 Wärter ihr Examen mit Erfolg bestanden, in Frankreich haben die Anstalten des Seine Departements bis jetzt 2048 Diplome ausgestellt. Deutschland und Italien haben den Fachunterricht der Wärter in ihren Anstalten organisirt (was Deutschland betrifft, so gilt dies leider erst für einige Anstalten. Ref.)

In Belgien können wir bei der Organisation unserer Anstalten nicht daran denken, Fachschulen dieser Art zu schaffen; aber es ist leicht, in einem kleinen Vademecum die für den Wärter wichtigsten und nothwendigsten Dinge zusammenzufassen und eine Sammlung von Instructionen zu schaffen, welche der Arzt jeden Tag bei seinen Visiten einzeln geben muss.

Ein solches Vademecum ist für Irrenwärter unentbehrlich. Jeder sollte ein Exemplar besitzen, um es in seinen Freistunden zu studiren und immer von Neuem durchzulesen.

Die Gesellschaft für Psychiatrie hat 2 ihrer Mitglieder damit beauftragt, einen Leitfaden zu verfassen. Derselbe wird in vlämischer und französischer Sprache veröffentlicht und dem Wartpersonal zur Disposition gestellt werden.

Wir sind überzeugt, dass Sie die Dringlichkeit und Nothwendigkeit der von der Gesellschaft für Psychiatrie ergriffenen Initiative anerkennen werden und bitten Sie, die Versicherung entgegen zu nehmen etc.

Dr. J. de Boekh, Secretär. Dr. Jul. Morel, Präsident.
Dr. de Rode, 2. Secretär. Dr. Lefebvre, Vice-Präsident.

In Ostpreussen ist die practische Lösung der Wärterfrage nunmehr auch von der Provinzial-Verwaltung in die Hand genommen worden. Die Aufdeckungen im Mellage-Process haben auch hier anregend gewirkt; sie haben der Verwaltung zum Bewusstsein gebracht, dass es die unabweisbare Pflicht der Provinz sei, für ein zuverlässiges, genügend gebildetes und geschultes Wärterpersonal an den Irrenanstalten zu sorgen. In der Erkenntniss, dass zur Erlangung eines solchen Personals vor allen Dingen eine Hebung der socialen Stellung der Irrenwärter erfolgen müsse, hat die Provinzialverwaltung eine wesentliche Aufbesserung des Diensteinkommens des oberen und niederen Wartpersonals durchgesetzt.

Der erste Oberwärter, welcher bisher ein baares Einkommen von 600 bis 1200 Mark hatte, bekommt nunmehr 900 bis 1380 Mark, der zweite Oberwärter 600 bis 900 Mark (früher 350 bis 550), die erste Oberwärterin 600 bis 900 Mark (früher 450 bis 750), die zweite Oberwärterin 400 bis 600 Mark (früher 250 bis 430). Die Wärter erhielten bisher ausser einer persönlichen, nicht pensionsfähigen Zulage von 72 Mark eine Wohnungsentschädigung von 54 Mark (für die 6 ältesten) und von 36 Mark für die übrigen verheiratheten Wärter, sowie eine Zulage von 18 Mark für 5 Wärter auf besonders schwierigen Abtheilungen im 1. Dienstjahre: 204, im 2.—5. 240, im 5.—8. 264, im 8.—11. 288, im 11.—14 312 und vom 14. Dienstjahre ab 336 Mark; die Wärterinnen neben einer persönlichen Zulage von 36 Mark und einer Zulage von 18 Mark für 5 Wärterinnen auf besonders schwierigen Abtheilungen im 1. Dienstjahre 132 Mark und rückten nach denselben Zeiten auf 168, 196, 204, 222 und 240 Mark auf. Nunmehr erhalten die Wärter im 1. Dienstjahr 350 Mark und rücken alle 3 Jahre um 30 Mark bis zu 500 Mark nach 13 Dienstjahren auf, die Wärterinnen steigen ebenso von 216 bis 360 Mark. Es fällt zwar die persönliche Zulage von 72 resp. 36 Mark und die Zulage von 18 Mark für besonders schwierige Abtheilungen fort, dafür beziehen alle verheiratheten Wärter einen Wohnungsgeldzuschuss von 20 Mark und, was als eine besonders dankenswerthe und segensreiche Neuerung bezeichnet werden muss, die Stationsführer und -führerinnen eine (nicht pensionsfähige) Zulage von 100 resp. 75 Mark. Hoppe.

Germain See ist am 13. Mai in Paris gestorben. Er gehörte einer gewissen Klasse der Bevölkerung des Elsass an, die in Paris unter dem Kaiserreich in allen Wissenschaften, unter der Republik aber als politische Drahtzieher eine so grosse Rolle gespielt hat. Er war Nachfolger Trousseau's auf dem Lehrstuhle der inneren Therapie und hat stets sehr energisch neue

Medicamente poussirt; von ihm geht die Verwendung des Antipyrins und der Salicylsäure als Antineuralgica aus und damit eine ganze Richtung, von der die chemische Industrie sicher mehr Vortheile gehabt hat, als die ärztliche Kunst. Neuerdings hat er für den Gebrauch der Kola-Nuss Propaganda gemacht

Dr. **V. v. Karcnewski**, früher Director der Posener Provinzial-Irrenanstalt in Owinsk, ist am 6. Juni in Posen **gestorben**. Er hat sich als Director in Owinsk grosse Verdienste um die Organisation des Irrenwesens der Provinz Posen erworben. 1863—1882 und darauf 1888—1896 hat er zu Kowanówsko die einzige Privatirrenanstalt der Provinz, welche wesentlich von Kranken aus Polen und Russland besucht wurde, mit grossem Erfolge und in höchst selbstloser und idealer Tendenz geleitet. Seine umfassenden Ermittelungen über die Vererbung harren noch der Publication.

Prof. **C. Lombroso** in Turin, welcher bisher der medicinischen und zugleich der juristischen Facultät als Ordinarius der gerichtlichen Medicin, der medicinischen allein als Extraordinarius der Psychiatrie angehörte und für seine psychiatrische Klinik einige Laboratoriumsräume und Krankensäle in der von Marro geleiteten, einer geistlichen Corporation gehörenden, Irrenanstalt in Turin zur Verfügung hatte, ist zum Ordinarius der psychiatrischen Klinik ernannt worden. Hoffentlich wird seine Klinik ähnlich splendide gebaut, wie die übrigen wahrhaft monumentalen Institute der Turiner medicinischen Facultät.

Prof. **Winkler** in Utrecht, der dort unter sehr beengten Verhältnissen Psychiatrie mit dem Material der Provinzialirrenanstalt docirte, hat der Psychiatrie, für die auch in Holland jetzt nur dann etwas erkleckliches geschieht, wenn es sich um Pastoral-Psychiatrie handelt, den Rücken gekehrt und einen Ruf als Nachfolger von Hertz und Ordinarius der inneren Medicin in Amsterdam angenommen. Die in den letzten Jahren aus W.'s Laboratorium hervorgegangenen Arbeiten, welche demnächst hier ausführlich besprochen werden sollen, zeigen, dass hier eine originelle, productive Schule der Psychiatrie im Entstehen war, die nun zunächst zu existiren aufgehört hat.

Kurella.

Redactionelle Mittheilung.

Meine Adresse ist bis auf weiteres: Kowanówko bei Obornik, Provinz Posen.

Kurella.

☛ Im Monat August wird ein Doppelheft Juli-August erscheinen.

Inhalt des Juni-Hefts.

I. Originalien.

II. Original-Vereins-Bericht

III. Referate u. Kritiken.

A. Anatomie und Physiologie.

B. Nervenheilkunde.

I. Allgemeine Pathologie.

II. Specielle Pathologie.

a) Gehirn:

b) Rückenmark und Bulbus.

IV. Zur Tagesgeschichte.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer
Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XIX. Jahrgang. 1896 Juli-August. Neue Folge VII. Bd.

I. Originalien.

Noch einmal die überwerthigen Ideen.

Von Dr. J. L. A. KOCH in Zwiefalten.

Im letzten Aprilheft unserer Zeitschrift ist eine kleine Abhandlung von mir über die überwerthigen Ideen veröffentlicht. Darin habe ich mich als einen alten und entschiedenen Anhänger der Wernicke'schen Lehre von den überwerthigen Ideen bekannt, einer Lehre, die ich nur nach einigen Richtungen hin modificiren zu müssen glaubte.[1])

[1]) Herr College Neisser hat mich darauf aufmerksam gemacht, dass er vor zwei Jahren im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten einen Aufsatz veröffentlicht habe, in welchem er in den wesentlichen Punkten genau die gleiche Stellung zu der Frage nach den überwerthigen Ideen eingenommen habe wie ich (in meinem ersten Artikel über diese Ideen). Wie weit nun bei dieser Angelegenheit in allen wesentlichen Punkten und namentlich auch in dem wesentlichsten Punkte die „genaue“ Uebereinstimmung zwischen Neisser und mir geht, das brauche ich nicht näher darzulegen, denn das ergiebt eine Vergleichung der beiden Aufsätze von selbst. Ich bin aber dem Herrn Collegen dankbar dafür, dass er mich auf seine Arbeit aufmerksam gemacht hat, die mir allerdings entgangen war, und ich stelle zur Verhütung jeden Missverständnisses gerne fest, was Neisser vor zwei Jahren ausgsprochen hat.

Neisser theilte damals einen Fall mit, der für einen Fall von Querulantenwahn gehalten worden war, bei dem aber „von einem Wahne irgend welcher Art keine Rede sein kann.“ Speciell an „Querulantenwahn“ litt der Betreffende nicht. Aber er war geisteskrank. Krankhaft an ihm war die Art und Intensität eines bei ihm vorhandenen Affectes. Unter dem Einfluss dieses Affectes bekam er überwerthige Ideen, die den gesammten geistigen Habitus des Individuums veränderten. Das Auftreten einer solchen Störung im psychischen Mechanismus hat eine Disposition zu Psychopathien zur Voraussetzung. Eine Schwester des Mannes war vorübergehend geisteskrank

In Esquirol's Buche über die Geisteskrankheiten in Beziehung zur Medicin und Staatsarzneikunde finden sich die Ansätze zu einer richtigen Lehre über die Paranoia und die fixen Ideen. In Deutschland hat unter der Einwirkung der Zeller-Griesinger'schen Anschauungen lange Zeit eine ab ovo falsche Auffassung über die Entwicklung, die Stellung und Bedeutung der Verrücktheit gegolten und eine nahezu ganz unangefochtene Herrschaft ausgeübt. Erst nachdem Snell durch seine schlechthin grundlegenden Vorträge über die primäre Verrücktheit den Bann durchbrochen hatte, haben sich geläutertere Anschauungen über diejenige Verrücktheit Bahn gebrochen, die man früher im Gegensatz zur allgemeinen Verrücktheit „partielle" Verrücktheit genannt hatte und nun mit einem historisch-kritisch berechtigten, sonst aber, wie ich nachwies, durchaus überflüssigen, ja irreführenden Epitheton als „primäre" Verrücktheit, bezw. als primären Wahnsinn bezeichnete. Nun ist im Laufe der Zeit verschiedenes von der Verrücktheit abgebröckelt: die Catatonie, gewisse Arten von Wahnsinn, selbst gewisse (hebephrenische) Blödsinnsformen u. s. w. Selbstverständlich hat sich von der Verrücktheit auch das losgelöst, was ohne weiteres gar nicht zu ihr gehörte, sondern von Westphal bloss hinzugethan worden war. Was dann übrig blieb, ist unter der Einwirkung der Aufstellungen von Hagen (dem vielfach Meynert folgte) und Anderen zu etwas geworden, das später mit einem Ausdruck, den, so viel ich weiss, erstmals Heinroth in der Psychiatrie gebraucht hatte, nicht bloss anders genannt wurde (Paranoia), sondern auch recht wesentlich anders aussah und beschrieben

---

gewesen, „somit erscheint er durch familiale Anlage zu Geistesstörung disponirt". Disponirendes anderer Art war auch noch da. Die geistige Invalidität, die sich bei dem Manne unter der Einwirkung tiefgreifender Gemüthserregungen entwickelt hatte, trat auch in einer sehr erheblichen Abnahme des Gedächtnisses zu Tage. Ausser der Abnahme der Gedächtnisskraft war krankhaft „einzig und allein" die intensive Gefühlsbetonung gewisser Erlebnisse des Patienten und der mit diesen in Zusammenhang stehenden Vorstellungsreihen. Wie weit durch solche „fixirte Affecte" der gesammte Vorstellungsablauf beeinflusst und unfrei wird, glaubt Neisser an dem Beispiel eines Paranoicus klargelegt zu haben. — Im Anschluss an die eingehende Mittheilung jenes Falles unterzieht Neisser die von Wernicke aufgestellte Lehre von den fixen oder überwerthigen Ideen einer kritischen Würdigung. In wie weit es sich rechtfertigt, eine Gruppe von psychischen Störungen als circumscripte Autopsychosen abzusondern, darüber möchte er zunächst nicht zu urtheilen wagen. Derjenige Aufsatz, in welchem Wernicke diesen sowie eine Reihe anderer Termini eingeführt habe, enthalte nur die schematischen Grundzüge zu einer neuen psychiatrischen Symptomenlehre. Die Gesichtspunkte, nach welchen die Sonderung angestrebt werde, stellen den ersten hocherfreulichen Versuch dar, eine Eintheilung der psychischen Symptome lediglich auf der Grundlage der sicher gekannten einfachen Leistungen des Nervensystems anzubahnen. Dass eine grosse Zahl von Psychosen auf Functionsstörungen nur einzelner, distinkter Theilapparate des gesammten psychischen Mechanismus beruhen, dass dieselben also im Hinblick auf das ganze Organ, welches in anderen Fällen mehr diffus afficirt wird, als partielle Erkrankungen angesprochen werden müssen, unterliegt für Neisser keinem Zweifel. Für die gewöhnlich unter dem Namen Paranoia zusammengefassten Krankheitsprocesse habe er selbst diese Auffassung bis ins Einzelne zu begründen und durchzuführen versucht. Seine früheren diesbezüglichen Auslassungen wiederholend, trennt er nun ganz richtig, wie das auch schon Hagen und Andere sehr bestimmt gethan hatten, eine „primäre und secundäre (normal-psychologische) Symptomatologie" von einander ab. Dann wendet er sich „in

werden musste als das Krankheitsstadium der alten partiellen Verrücktheit mit ihrem Hauptsymptom der fixen Ideen bei geistiger Schwäche nach erloschenem Affect — Ueber alledem wurde aber in der Wissenschaft allmählich etwas vergessen, nämlich die Thatsache, dass es überhaupt unter anderem wirklich richtige fixe Ideen giebt, an deren Existenz Laien und Aerzte vordem so fest geglaubt hatten; es blieb für die einfache fixe Idee weder bei der systematisirenden Paranoia noch sonstwo ein Raum mehr übrig. Und als die vergessene Thatsache wieder ausgegraben und zugleich anders und besser aufgefasst und begründet wurde, als sie früher begründet worden war, da hat man die Richtigkeit der Thatsache bestritten. Aber diese Thatsache ist ausgegraben und sie ist richtig. Und auf das Vorkommen fixer Ideen aufmerksam gemacht zu haben, ist ein Verdienst von Wernicke.

Seit ich den Eingangs erwähnten kleinen Artikel geschrieben habe, bin ich der Sache noch weiter nachgegangen, angeregt durch gewisse Gesichtspunkte, welche mir die concreten Kemmler'schen Aufstellungen über die fortwirkende Beziehungssucht an die Hand gaben. Ich hatte die überwerthigen Ideen psychopathisch minderwerthigen Characters von Anfang an für ein sehr häufiges Vorkommniss gehalten; aber ich habe mich nunmehr davon überzeugt, dass auch die psychotische überwerthige Idee, die fixe Idee im eigentlichen Sinne, sehr häufig ist, viel häufiger, als ich anfänglich gemeint hatte. Allerdings überzeugte ich mich auch bei meinen neueren Untersuchungen wieder davon, dass die überwerthigen Ideen, auch die psychotischen überwerthigen Ideen, nur auf einem Boden auftreten, der vorher schon geschädigt ist, geschädigt entweder im Sinne einer angeborenen

---

gewissem Sinne gegen Wernicke's Lehre"; aber er will damit dessen principiellen Standpunkt im Allgemeinen nicht bekämpfen, wie das von anderer Seite geschehen ist. Neisser constatirt, dass Wernicke das Verhältniss der überwerthigen Ideen zu den als Wahnideen und den als Zwangsvorstellungen benannten Erscheinungen nicht erörtere. Seine Krankheitsfälle seien unter sich klinisch nicht gleichartig. Wernicke handle lediglich ein Capitel ab aus der allgemeinen Psychiatrie, während er eine speciell-pathologische Krankheitsskizze zu liefern sich anschicke. Neisser hebt ferner hervor, dass nach den von Anderen mitgetheilten klinischen Beispielen kaum mehr in Zweifel gezogen werden könne, dass nur besonders disponirte Individuen es sind, bei welchen unter Umständen mehr weniger isolirte überwerthige Ideen, sowie eine ganze Reihe anderer psychopathischer Phänomene zur Entwicklung gelangen. Es kommen da in Betracht nicht bloss ererbte oder in frühester Kindheit erworbene Anlage, auch gewisse Schädigungen, welche das Individuum im späteren Leben treffen, erzeugen die fragliche Disposition: Traumen, psychischer Shok, erschöpfende und die Circulation beeinflussende Krankheiten, namentlich aber gewisse Nervenleiden, wie Neurasthenie und Hysterie, auch functionelle Psychosen u. a. m. Weiterhin führt Neisser aus, dass die von Wernicke ausgewählten Fälle keineswegs als durchweg gute Paradigmata für das Vorkommen überwerthiger Ideen als isolirter Krankheitserscheinungen gelten können, und fährt fort: „Ob übrigens solche „„überwerthige Ideen"", deren Inhalt der Gedanke einer Verfolgung oder Beeinträchtigung bildet, überhaupt isolirt auftreten, möchte ich bis auf weiteres dahingestellt sein lassen". Und dann erwähnt er noch, dass Magnan hinsichtlich seiner Entarteten angebe, dass in manchen Fällen die Wahnvorstellung das sei, was man fixe Idee nennt, sie bleibe unverändert, allein, zeige keine Entwicklungsfähigkeit. Schliesslich erklärt er, dass er die Aufstellung der überwerthigen Ideen „— zwar nicht als besonderer Krankheitstypen, aber als psychopathischer Phänomene —" für einen Fortschritt von erheblicher Tragweite halte.

oder einer erworbenen psychopathischen Minderwerthigkeit oder im Sinne von psychotischem Schwachsinn u. s. w., und dass auch bei der überwerthigen Idee nicht jedes Variiren ausgeschlossen ist.

Die Kranken, deren Krankheitsgeschichte ich näher geprüft habe, sind in der Mehrzahl der Fälle angeboren psychopathisch belastete oder angeboren psychopathisch degenerirte und weiterhin solche Individuen gewesen, die durch Alcoholmissbrauch psychopathisch belastet oder psychopathisch degenerirt geworden waren (sei es, dass der Alcoholmissbrauch auf der Grundlage einer psychopathischen Minderwerthigkeit eintrat, sei es, dass dies nicht der Fall war). Diese Individuen bekamen nun, entweder mehr vorübergehend oder auf die Dauer, fixe Ideen, z. B. der eine die Idee, dass ihm seine Frau untreu geworden sei, ein anderer die Idee, dass eine bestimmte, in Wahrheit fremde Person sein Bruder sei und dass er selbst ein Gedicht gemacht habe, das thatsächlich von Uhland ist, wieder ein anderer die Idee, ein bestimmtes Mädchen, das ihn wohl kaum überhaupt nur gekannt hat, sei seine Braut und ein Dritter wolle sie ihm abspenstig machen (war vielleicht kein reiner Fall) u. s. w.

Bei allen diesen und anderen ähnlichen Fällen hatte ich früher entweder an intercurrente selbstständige elementare Anomalien gedacht oder an Paranoia. Aber die Fälle von vermeintlicher Paranoia blieben, wie sie waren; zu der einen (ob auch vielleicht variirenden) Idee gesellte sich keine andere oder zu den zwei unverbunden neben einander stehenden keine dritte und es wurde kein System der Verrücktheit ausgebildet. Warum nicht? Darum nicht, weil es an der fortwirkenden Beziehungssucht gefehlt hat. Es hat nicht an jeglichem von dem gefehlt, was Neisser Eigenbeziehung genannt wissen will, wohl aber an gewissen anderen Dingen, deren einen Theil Hagen in dem Vortrag erwähnt hat, worin er unter anderem von Wahrnehmungen spricht, die eine besondere Beziehung zum Ich erhalten, den Character des persönlich Bezüglichen annehmen.[2])

---

[2]) Hagen (in den Studien) sieht das Neue und das mit der Wirklichkeit nicht Uebereinstimmende bei den Wahnideen — den Wahnideen überhaupt — nicht in der Neuheit der Vorstellungen, sondern er findet es (übereinstimmend mit anerkannten Anschauungen) nur in der Zusammenordnung und in der Beziehung der Vorstellungen auf das Subject. Auf einer Krankheit des Vorstellens oder Denkens überhaupt kann der fixe Wahn (dessen Begriff bei ihm einen sehr weiten Umfang hat) nicht beruhen. Es ist nicht richtig, die Seele für krank zu erklären in Bezug auf einen Gedanken. Hagen trägt seine Ansichten über die Entstehung der Wahnideen vor. Die Kranken halten nicht etwa das, was sie wähnen, für das Wahrscheinlichste; es ist zu wenig, wenn man sagt, die Kranken glauben an das, was sie sich einbilden. Sie glauben zu wissen. Gerade die partielle Verrücktheit lehrt, dass zwar im Laufe der Krankheit sich der Patient allerlei Combinationen erklügelt und sich ein System schafft, in welchem Einzelheiten durch Urtheile und Schlüsse verbunden sind, dass dies aber nicht der Vorgang beim Beginne der Krankheit ist. Geht man den Quellen seines Irrthums nach, so kommt man auf gewisse Punkte, die der Kranke als unumstössliche Voraussetzungen seiner Behauptungen festhält. Diese Voraussetzungen hat er durch eine angebliche Erfahrung. Die vermeintliche Erfahrung kann eine Sinnestäuschung sein, sie kann aber auch etwas sein, was der Gesunde sinnlich ebenso wahrnimmt wie der Kranke. Das Falsche ist immer der Sinn, den die Kranken in die Wahrnehmung hineinlegen, der Gedanke an die Herkunft des Gegenstandes oder an die Absichten der Menschen dabei. Es wird etwas hinter den Phänomenen gesucht, etwas gemerkt, und dies sofort als wirkliche Wesenheit genommen,

So viel dürfte bis jetzt feststehen, dass es Fälle giebt, wo eine fortwirkende, zur Systematisirung führende Beziehungssucht das constituirt, was man ein Recht hat, Paranoia zu nennen, und dass es daneben überwerthige Ideen psychopathisch minderwerthigen Characters und überwerthige Ideen, fixe Ideen psychotischen Characters giebt, fixe Ideen einer circumscripten Psychose. Die Bedeutung dieser Anschauung wird, soweit es sich um psychotische fixe Ideen handelt, besonders deutlich, wenn man sich den sogenannten Querulantenwahn vergegenwärtigt. Bei Wernicke hatte ja auch ein Fall von „Querulantenwahn" den ersten Ausgangspunkt und den Anlass für die neue Anschauungsweise gebildet. Ich habe schon vor Jahren darauf aufmerksam gemacht, dass unter den „Processern" überhaupt sich dreierlei Individuen finden, einmal solche, die psychisch intact sind, sodann solche, die psychopathisch minderwerthig, aber nicht psychotisch, endlich solche, die psychotisch sind. Diese letzteren habe ich den herrschenden Anschauungen gemäss, unbeschadet ihrer Sonderstellung, der Paranoiagruppe zugetheilt. Dies kann ich nun nicht mehr aufrecht erhalten. Wenn man nämlich den psychotischen Kreis der Querulanten unter der Beleuchtung der Aufstellungen von Wernicke durchmustert, so zerfällt derselbe in zwei Kreise: einen paranöischen mit fortwirkender Beziehungssucht und einen Kreis, wo jeweils eine fixe Idee herrscht ohne fortwirkende Beziehungssucht, wo eine „circumscripte Autopsychose" vorliegt.

Eine circumscripte Psychose Ist das richtig? Handelt es sich bei jenen und bei verwandten Fällen wirklich um Psychosen? Das ist die

---

dessen Ausdruck das Wahrgenommene ist. Solche Gedanken fliegen den Wahrnehmungen gewissermassen an, ohne dass der Kranke sich darüber weitere Rechenschaft giebt. In allen Fällen glauben die Kranken das, was sie bei gewissen Anlässen gedacht haben, auch erfahren zu haben. Der Kranke hat also eine vermeintliche, eine verfälschte Erfahrung. Die Hauptpunkte seines Wahnes sind ihm erlebte oder geoffenbarte Thatsachen mit der ganzen Unumstösslichkeit des Erfahrungswissens. Auf diese Erfahrungen macht der Kranke weiterhin Schlüsse. Wie kommt nun die Verfälschung der Erfahrung ursprünglich zu Stande? Wie ist es zu verstehen, dass das Urtheil über Sinn und Bedeutung eines Vorkommnisses, sei es ein äusseres oder ein inneres, schon in die Wahrnehmung hineingelegt wird, und dass der Kranke glaubt, jene mit wahrgenommen zu haben? Hagen erinnert zunächst an Vorkommnisse im gesunden Leben: wenn wir einen Postboten auf der Strasse sehen, so glauben wir ihn die Briefe austragen zu sehen, obgleich er vielleicht zufällig einen anderen Gang hat; wir hören das Schlagen der Glocken und nehmen dabei unwillkürlich an, die Vorstellung der Glocke liege schon in der Gehörempfindung. Derartiges ist in weit höherem Grade bei dem Geisteskranken der Fall. Der fixe Wahn drückt aus, wie das Individuum die Dinge und Ereignisse versteht, was es ihnen für eine Bedeutung zuschreibt. Die Nöthigung zum fixen Wahn kann in nichts Anderem bestehen als darin, dass in Folge der veränderten Gehirn- und Nervenstimmung sowohl die Sinneswahrnehmungen als die eigene Vorstellungsthätigkeit einen ganz anderen, fremdartigen, ungewohnten Eindruck auf den Menschen machen In der Krankheit bildet sich mit der veränderten Stimmung der Nervenfaser auch eine neue Erregbarkeit der mit Wahrnehmungen und Vorstellungen verknüpften Gefühle, diese selbst erhalten einen dem Individuum bis dahin ganz unbekannten, fremdartigen Character, wodurch sie sich seinem Ich mit unwiderstehlicher Macht aufdrängen. Sie legen sich um jede Wahrnehmung und Vorstelung schon in deren Entstehen herum, so dass der Kranke sie nicht mehr von einander trennen kann und die ganze Lebenserfahrung sammt dem gesunden Menschenverstand gegen diesen organischen Zwang nichts mehr auszurichten vermag. Jede äussere Wahrnehmung nicht nur, sondern auch die Selbstempfindung des Körpers bekommt dadurch eine gewisse Nota, ein Merkmal des Absonderlichen,

Frage, die mir Anlass gab, noch einmal auf die überwerthigen Ideen zurückzukommen, wegen deren ich dann im Uebrigen auf meinen ersten Artikel verweise.

Ich habe schon vor Jahren die krankhaft anormalen Vorgänge und Zustände im Seelenleben so eingetheilt, dass ich einerseits selbstständige elementare Anomalien (verschiedenen Characters und Vorkommens), andererseits Gesammtzustände und unter diesen wieder psychopathische Minderwerthigkeiten und Psychosen unterschied.

Wo gehören nun die fixen Ideen im engeren Sinne (d. h. abgesehen von den überwerthigen Ideen psychopathisch minderwerthigen Characters), wo gehören diese fixen Ideen hin? Zu den psychotischen Erscheinungen gewiss. Aber gehören sie zu den selbstständigen elementaren Anomalien psychotischen Characters oder gehören sie zu den Psychosen? Und könnte man, wenn das letztere zutreffen würde, die Auffassung von den Psychosen als von Gesammtzuständen noch irgendwie aufrecht erhalten? Ich weiss auf diese Fragen eine abschliessende Antwort vorerst nicht zu geben, und ich möchte vermuthen, dass sich die Sache auch nicht immer ganz gleich verhält.

Wo sich auf einem chronisch oder acut dazu vorbereiteten Boden eine transitorische überwerthige Idee erhebt (auch solche giebt es) oder sich eine dauernde überwerthige Idee einnistet und festsetzt, die aber den von ihr Betroffenen (secundär) kaum in Anspruch nimmt, da wird ja gewiss jener Boden ein Gesammtzustand, eine sei es angeborene, sei es erworbene psychopathische Minderwerthigkeit oder ein idiotischer Schwachsinn u. s. w.

Wichtigen. Die erste und allgemeinste Wirkung hievon ist immer, dass die Wahrnehmungen eine besondere Beziehung zum Ich erhalten, den Character des persönlich Bezüglichen annehmen, wodurch das Individuum genöthigt wird, sich damit besonders zu befassen. Es erscheint dem Kranken alles in bestimmter Weise gefärbt, es überrascht ihn das Unbedeutendste, ihn eigentlich nichts Angehende Er kommt dann nothwendig dahin, dass er die Eindrücke für beabsichtigte Wirkungen nimmt. Es ist ihm, als ob diese Wirkungen in besonderer Richtung auf ihn dirigirt würden, die Dinge gerade um seinetwillen so geschehen, und selbst bei den gleichgiltigsten Anlässen regt sich in ihm ein Tua res agitur. Der zunächst noch mehr vage, unentschiedene Wahn wird dann zum fest bestimmten fixen durch äussere, vielleicht zufällige Verhältnisse oder aber, und häufiger, durch eine im Subject selbst und dessen Bedürfniss gelegene Nothwendigkeit, ja jene Zufälle vermögen ohne dieses Moment eigentlich gar nicht so wirksam zu werden. Die Unsicherheit des Kranken mit ihrem Fremdartigen und Unheimlichen zwingt ihn, feste Stellung im Strudel zu nehmen, hinter alledem Zusammenhang, Einheit und festbestimmten Zweck zu suchen. Er sucht unwillkürlich einen Stützpunkt, nachdem der natürliche Stützpunkt und das Gefühl der Sicherheit verloren ist. Es geschieht die erste Bildung der Wahnideen aus dem Gefühl heraus im Unbewussten, desshalb aber doch schon im Psychischen. Was in acuten Seelenstörungen in mehr oder minder kurzer Zeit geschieht, das vollzieht sich in den chronischen, sofern sie sich nicht aus acuten herausbilden, mehr allmählich. Bei den auf dem Wege zur Verrücktheit Befindlichen tritt (nebst anderem) eine Umwälzung im Gemüthsleben ein. Der fixe Wahn ist nicht ruhend im Hirn eingebettet, d. h. er ist nicht immer gegenwärtig, sondern wird immer wieder erregt. Seine Fixität ist ein sehr häufiges und leichtes Auftauchen desselben. Der Wahn wird immer wieder durch bedeutende oder geringe Anlässe erzeugt. Die Affecte liefern auch in chronischen Seelenstörungen ihren reichen Beitrag zur Entstehung und Unterhaltung des Wahnsinns, aber sie sind dazu nicht durchaus nothwendig. Das die Wahnbildung bedingende abnorme Empfindungs- und Denkgefühl kann auch ohne Affect existiren.

sein, die überwerthige Idee selbst aber wird als eine mehr oder weniger transitorische (relativ) selbstständige elementare Anomalie erscheinen. Eine solche Auffassung hätte dann mit Neisser's Auffassung der überwerthigen Ideen als allgemeiner psychopathischer Phänomene theilweise eine gewisse Berührung. — Bei solchen Fällen müsste man unter Umständen vorsichtig sein, damit man nicht irgendwo Simulation witterte, wo keine ist.

Anders, als soeben ausgeführt, wird die Sache in anderen Fällen beurtheilt werden müssen. Jedenfalls giebt es Fälle, wo die auf einem geeigneten Boden entstandene circumscripte psychotische Idee — mag sie nun ihrerseits auf einer affectiven Grundlage (auf der Grundlage eines normalen oder eines abnormalen Affects oder auch eines affectiven Gemeinwahns oder auch einmal eines affectvollen Falschmeinens) sich erhoben haben oder nicht —, ich sage, es giebt Fälle, wo die wie immer entstandene circumscripte Idee secundär eine umfassende Wirkung auf den Menschen ausübt, übermächtig herrschend wird in seinem Denken, massgebend in seinem Gefühlsleben, treibend und bestimmend in seinem Willensleben und so von sich aus wirklich einen Gesammtzustand constituirt. Diese „Folgerichtigkeit" im Seelenleben solcher Kranken ist Wernicke nicht entgangen, seine Auffassung berührt sich mit Anschauungen von Hagen. Und hier wird der Punkt sein, wo ein wichtiger Theil der weiteren Forschungen wird einsetzen müssen, die angeregt und wohl begründet zu haben, ein Verdienst Wernicke's bleibt.

II. Bibliographie.

LII) Prof. **H. Obersteiner:** Arbeiten aus dem Institut für Anatomie und Physiologie des Centralnervensystems an der Wiener Universität.

(Herausgegeben von Prof. Dr. Heinrich Obersteiner. II. u. III. Heft, 1895.)

Hermann Schlesinger: Ueber ein bisher nicht beschriebenes fibröses Rückenmarksband der Säugethiere.

Die als ligamentum denticulatum bezeichnete Verbindung zwischen Dura und Pia spinalis setzt sich bei zahlreichen Reptilien und Vögeln und bei einigen Säugethieren in eine in die Pia eingescheidete besondere Bandmasse fort, welche beim mittelgrossen Hunde ca. 7 mm Länge und 0,3 mm Breite besitzt und sich zu beiden Seiten der Medulla, etwas dorsal gelegen, hinzieht. Sie enthält bei den Reptilien ein eigenes Gefäss. Im Conus medullaris des Menschen findet sich ein ähnlich gelegener Streifen, welcher indess nicht als gleichwerthige Bildung, sondern als einfache Fältelung der Pia mater aufzufassen ist.

Ueber Hämatomyelie beim Hunde.

Ein dreijähriger gesunder Hund zeigt nach einem leichten Trauma starke Hyperästhesien der Haut, Lähmungen, Steifigkeit der Wirbelsäule, Sphincterenstörungen, Fieber. Die Section ergiebt einen starken Bluterguss in die Dura spinalis vom II. Halswirbel bis zum Sacralmark und weitere spinale Hämorrhagien centraler Lage im Dorsolumbarmarke. Das Blut hat sich besonders in die hintere graue Commissur und zwischen die vorderen Abschnitte der Hinterstränge hineingewühlt. Dieses Verhalten ist bei aus-

gedehnten medullären Blutungen auch des Menschen das gewöhnliche. Für diese bestimmte Localisation des Hämatoms galt bisher die Schwerkraft als besonders wesentlich. Der mitgetheilte Fall beweist aber, dass die Hauptursache dafür in dem lockeren Gefüge der erwähnten Rückenmarksgebiete liegen muss, da beim Hunde die Senkung in ventraler Richtung hätte stattfinden müssen.

Ueber das wahre Neurom des Rückenmarks.

Das hyperplastische, fasciculäre, weisse Neurom wurde bisher nur im erkrankten Rückenmark (Syringomyelie, Tabes) aufgefunden. Es bildet einen etwa zwei Stecknadelköpfe-grossen Tumor und besteht aus feinen verschlungenen Nervenbündeln mit deutlichem Markmantel und Axencylinder. Bindegewebige Bestandtheile sind sehr spärlich, Ganglienzellenbildungen gar nicht darin vertreten. Verf. bestreitet Raymond's Ansicht, dass dieses Neurom eine reine Regenerationsbildung sei; der Hauptfactor seiner Entwicklung bestehe in der längere Zeit andauernden Einwirkung eines stärkeren Reizes auf lädirtes Nervengewebe (wie beim peripheren Neurom).

Jentsch.

LIII) **Ernst Mattiesen** (Dorpat): Ein Beitrag zur Pathologie, pathologischen Anatomie und chirurgischen Behandlung des Morbus Basedowii.

(Inaug. Dissertation, Erlangen, 1896.)

Verf. giebt eine Zusammenstellung der zu seiner Kenntniss gelangten mittelst Schilddrüsenoperation behandelten Fälle von Morbus Basedowii. Er berechnet unter 117 Fällen 47,2% Heilungen, 33,7% Besserungen und 19,1% Misserfolge.

Im Anschluss hieran berichtet M. noch über drei in der Erlanger und Fürther chirurgischen Klinik operativ behandelte Fälle. In den beiden ersten Fällen erfolgte der Exitus (in derselben Nacht und 1½ Stunden nach der Operation) unter allgemeiner Unruhe, stürmischer Herzaction etc. Im 3. Fall stellte sich ein ganz befriedigendes Resultat ein. Die Patientin behauptete, „sie wäre wieder wie zuvor."

Der zweite Fall bietet insofern Interesse, als ihm ein ausführliches Sectionsprotocoll beigegeben ist. Wie in allen übrigen zur Obduction gekommenen Fällen, wovon Verf. eine Zusammenstellung giebt, war auch hier das Resultat ein so geringes (am Centralnervensystem Hyperämie der weichen und harten Hirnhaut, geringes Oedem der weichen Häute; microscopische Untersuchung wurde verabsäumt), dass es zur Klärung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse der Krankheit nichts beitragen kann.

Buschan.

LIV) **Theo B. Hyslop**: Mental Physiology esp. in its Relation to Mental disorders.

(London, Churchill, 1895. 539 S.)

In dieser klaren Einleitung in das Studium der Psychiatrie zeigt sich Verf. als ein Gegner gewisser Theorien Maudsey's, Mercier's, Ziehen's u. A., deren Widerlegung oft den Humor old merry Englands nicht vermissen lässt. Was Leben, Geist ist, werden wir nie wissen; die ursächlichen Beziehungen zwischen psychischem Geschehen und physikalischen Vorgängen sind noch nicht gefunden; dass das Bewusstsein unthätig nur den müssigen Zuschauer bei physiologischen Processen spielt, ist nicht bewiesen. Die

freie Willensthätigkeit kann nicht mechanisch als physiol. Fatalismus erklärt werden. Nach der Darstellung der Anatomie der Rinde, der chemischen Eigenschaften der Nervensubstanz, der Bahnen, Systeme und Centren des N.-Systems (1—10 Cap.) schliesst Verf.: Wir sind nicht berechtigt, von geistigen als bloss Gehirnvorgängen zu sprechen. Die erweckten Bilder werden nicht in ein Special-Ideen-Centrum gesammelt, sondern in ihrer Lage von der Intelligenz erkannt. Keine der bisher beschriebenen pathol. Veränderungen ermöglicht uns ein Verständniss der Natur und der Entstehungsweise der geistigen Störungen. In den folgenden 9 Cp. werden Geist, Sensation, Wahrnehmung, abnorme Erscheinungen und Täuschungen der Sinne, Verstandesoperationen, Gedächtniss, Gefühl, Wille; im 14. und 15. die Factoren des Irrsinns und in 2 Anhängen Hypnotismus und Psychophysiologie abgehandelt. Um Einzelnes herauszugreifen: Die psycho-physiologische Theorie Ziehen's über die Vorstellung wäre so, als wenn in einer wohlgeordneten Bibliothek der latente Gedankeninhalt eines Werkes durch ein daneben gestelltes von ähnlichem Inhalte frei gemacht werden sollte. Das Phänomen des Gedächtnisses werden wir nie vollständig als subjectiven Zustand erklären können.

Wenn Ziehen's Versuch, alle Willensstörungen auf solche der Sensationen und Ideen zurückzuführen, durchzuführen wäre, so müssten wir uns bloss als von einer uns uncontrollirbaren Gewalt gelenkte Automaten ansehen. Dass sein empirisches Ego, d. h. die empirischen Ideen selbst, die schliessliche Entscheidung treffen sollen, ist gerade so, als wenn eine Serie Prüfungsarbeiten unter sich die Frage ausmachte, welche den Preis verdiene. Auch James wird mehrfach, z. B. bezüglich Inhibition glücklich widerlegt.

Auch dies Werk ist ein Beweis dafür, dass die Keulenschläge des Materialismus zwar vorübergehend einen gewissen Shok verursacht haben, dass aber eine gesunde Reaction gegen seine degradirende Theorie vom menschlichen Geiste die ungeschwächte Kraft des Idealismus jetzt wieder erkennen lässt und diesem die Führung zuwenden wird.

Hermann Kornfeld.

LV) **H. Gutzmann:** Des Kindes Sprache und Sprachfehler.
(Illustrirte Gesundheitsbücher. Leipzig, J. J. Weber, 1894.)

Das vorliegende Buch ist im Besonderen den Müttern gewidmet und wird vermuthlich mancherlei Nutzen stiften. Denn das Gebiet der kindlichen Sprachentwicklung und -Fehler, auf dem jede Mutter aufmerksame und zuweilen ausgezeichnete Beobachterin ist, eignet sich hervorragend zur Popularisirung und lässt sich auch in seinen anatomischen und physiologischen Grundlagen dem Laienverständniss ausreichend erschliessen, worin der Verfasser besonderes Geschick beweist. Häusliche Prophylaxe und Therapie der Sprachfehler dürften unter ärztlicher Anleitung durch die Benutzung des Buches seitens der Eltern und Erzieher manchesmal wesentlich erleichtert werden.

Für die engeren Fachcollegen, die auch auf diesem ihnen weniger vertrauten Grenzgebiete der Neurologie besorgten Eltern Berather sein sollen, seien hier aus dem Inhalt des recht lesenswerthen Büchleins einige practische Sätze und Erfahrungen wiedergegeben.

Mit Kussmaul unterscheidet Verfasser 6 Stufen der Sprachentwicklung. Auf der ersten, der Stufe der Urlaute, die mit dem ersten Schrei schon beginnt, kann schon die Sprachmuskulatur vorgeübt werden durch Pflege der Muskelgeschicklichkeit, wie sie unbewusst von den Müttern durch Anleitung zum Brummlippchen, zum Schnalzen, zu Blaseübungen etc. gefördert wird.

Die nun folgende Stufe der Nachahmung ist die weitaus wichtigste. Hier sind als Erfahrungsgrundsätze vorauzustellen: 1. dass das Verständniss der vorgesprochenen Worte dem Vermögen der Nachahmung meist weit vorauseilt und 2. dass die Sprachentwicklung nicht an die der Intelligenz gebunden ist, so wenig, wie umgekehrt sich aus der Sprache sich kein Schluss auf die Intelligenz ziehen lässt. 3. Es scheint dagegen ziemlich sicher eine Beziehung zwischen der Zeit des Sprechen- und des Laufenlernens zu bestehen. — Naturgemäss entstammen die meisten Sprachfehler dieser Periode, und nichts erscheint wichtiger und selbstverständlicher, als dass der Nachahmung nur wichtige und deutlich sprechende Vorbilder geboten werden, sowie dass Personen mit schlechter Aussprache und sonstigen schlechten Angewohnheiten zu dieser Zeit ferngehalten werden, da gerade das Abweichende, Auffallende leichter nachgeahmt wird.

Auf der dritten Stufe wird die Sprache zum Gedankenaustausch des Kindes, die motorische Sphäre verknüpft sich mit den Begriffen. Während sich hier mit den Hauptworten zeitig manche Verben einstellen, treten erst später Eigenschafts- und zuletzt Zahlworte auf. — Des öfteren wird auf die Gefahr des verständnisslosen Nachplapperns für das spätere Geistesleben hingewiesen; die dem zu Grunde liegende Forderung möchte ich dahin formuliren, dass die Entwicklung der Sprache proportional der Anschauung gehen, dass nicht gesprochen werden soll, was nicht klar angeschaut werden kann. — Unter diesem Gesichtspunkte richtet sich das Einlernen eleganter Redensarten und ellenlanger phraseureicher Gedichte von selbst. — Doch muss zuweilen auch die mangelnde Sprechlust angeregt werden, wozu der Verfasser die Fröbel'schen Koselieder, Bilderbücher, insbesondere das Bohny'sche, empfiehlt. — Als weitere wichtige Factoren zur Gewöhnung an lautreine Sprache wird auf die Kindergärten, ferner auf die Nothwendigkeit von Leseübungen, von deutlicher aber nicht zu lauter Aussprache in den Schulen hingewiesen. — Was nun die Sprachfehler anbetrifft, so besteht die Gefahr für ihr Auftreten besonders zur Zeit des Zahnwechsels und der Pubertät; dann ist also besondere Wachsamkeit nöthig.

Reine Hörstummheit (Stummheit aus mangelnder Sprechlust) kommt fast nur bis zum 7. Jahre vor. Vor Verwechslung mit Schwachsinn schützt eine eingehende Prüfung des Wortverständnisses. Sie kann auch erworben werden durch Schreck, Würmer, Wachsthum der Rachenmandel, Nasenleiden und ist immer heilbar. Die Behandlung hat dem Kinde die Ueberzeugung beizubringen, dass es sprechen kann, indem man von der Einübung einzelner Buchstaben allmählich aufsteigt.

Das (beim kleinen Kinde physiologische) Stammeln besteht in der unreinen Aussprache oder Vertauschung einzelner Vokale, Consonanten (s, l, r, k, g, d, t) und Silben. Zu Grunde liegt mangelhafte Ueberwachung

und Anleitung; die Beseitigung gelingt zu Hause nach der vom Verf. für die Einübung der einzelnen Laute gegebenen Anleitung. —

Stottern hingegen ist das Steckenbleiben im Anfang oder inmitten des Satzes, bedingt durch tonischen oder clonischen Krampf in der Athmungs-, Stimm- und Articulationsmuskulatur. — Es entsteht nach Verf. spontan aus einem Missverhältniss zwischen Sprechlust und -Geschicklichkeit, meistens durch Nachahmung, worunter fast alle Fälle von „Erblichkeit“, selten nach Traumen (im Gegensatz zu der gewöhnlichen Meinung der Eltern), häufiger im Zahnwechsel, während der Pubertät und nach Infectionskrankheiten. — Je früher das Kind in die Stotterkurse kommt, um so besser, jedenfalls vor der Schulzeit. — Vor Rückfällen schützt nur die dauernde Controlle der Eltern.

Für einzelne der organisch bedingten Sprachstörungen ist hinsichtlich der Prognose die Pubertät von entscheidender Wichtigkeit. So wie bei Ertaubung vor der Pubertät die Sprache völlig verloren gehen kann, so können Aphasien vor diesem Zeitpunkte durch Einübung der linken Extremität, insbesondere des Schreibens mit dieser, also durch Beanspruchung des rechten Schläfenlappens verhältnissmässig rasch geheilt werden.

Von besonderem Interesse für die kindlichen Sprachstörungen sind noch die Fehler der Articulationswerkzeuge: die Rachenmandeln (deren Folge das verstopfte Näseln im Gegensatz zum offenen Näseln bei mangelndem Abschluss durch das Gaumensegel ist), Gaumen-, Zahn-, Zungenfehler (sehr selten zu kurzes Zungenbändchen).

Das Schlusscapitel über die sprachliche Erziehung geistig zurückgebliebener Kinder verdient Beachtung in Anbetracht der noch immer sehr mangelhaften häuslichen Geistes- und Körperpflege. — Frühzeitiger und über das gewöhnliche Alter hinaus fortgesetzter Unterricht, besondere Hilfsklassen, nicht zum wenigsten eine sorgfältige körperliche Erziehung können an diesen Unglücklichen Wunder wirken.

Löwenthal (Breslau).

LVI) **Dallemagne:** 1. Les stigmates anatomiques de la criminalité. (185 Seiten.) 2. Les stigmates biologiques et sociologiques de la criminalité. (212 Seiten.) 3. Les théories de la criminalité. (213 Seiten.)
(Paris, Masson, 1896.)

Der berufene Verf. hat hier in aller Kürze, aber erschöpfend, alle Ergebnisse der heutigen Criminalanthropologie zusammengefasst, sine ira et studio, und hat so namentlich dem Anfänger in dieser Disciplin, aber auch dem Eingeweihten einen grossen Dienst geleistet. Geistreich geschrieben, von philosophischem Wesen durchdrungen, bildet das Werk eine anziehende Lectüre für Jeden.

In den 2 ersten Büchern werden nach Vorausschickung der normalen Verhältnisse und Untersuchungsmethoden die anatomischen, physiologischen, psychologischen und sociologischen Entartungszeichen der Reihe nach geschildert. Der 2. Theil speciell ist sehr interessant. Im dritten endlich werden die verschiedenen Theorien des Verbrechens, besonders die von Lombroso, Garosalo, Ferri, Colajanni und Tarde des Näheren dargestellt und gewähren so am besten einen Einblick in das schwierige Problem; man kann nur

die Unmasse von Zeit, Fleiss und Geist bewundern, die zu ihrer Lösung, die freilich noch sehr weit von der Vollendung ist, aufgewendet wurden.

Aus allen Untersuchungsergebnissen zieht Verf. (mit den Meisten) den Schluss, dass es keinen anatomisch characterisirten Verbrechertypus giebt und geben kann, auch keinen für die einzelnen Verbrecherarten, dass aber sämmtliche Entartungszeichen, auch die bio-sociologischer Natur, häufiger als bei Normalen angetroffen werden, dass also hier häufiger Atypische, Degenerirte sich vorfinden, so sehr auch über die Bedeutung und Genese der einzelnen Stigmata zur Zeit noch gestritten wird. Cardinalpunkt der Criminal - Anthropologie bildet aber die Psycho-Physiologie und darauf bahnend entwickelt zuletzt Verf. seine geistreiche „functionelle“ Theorie des Verbrechens auf. Näcke (Hubertusburg).

LVII) **Silvio Venturi:** Regicidi ed anarchici.

(Estratto della Temi Calabrese. Catanzaro 1895.)

Venturi erklärt die Fürstenmörder in den modernen Culturstaaten fast ausnahmslos für geisteskrank, in Ländern mit unvollkommen organisirter Staatsform (vergangene Epochen, Orient, Südamerika) sei dies indess gewöhnlich nicht der Fall. Heutigentages geselle sich in den Culturländern der disponirte Attentäter zu den Anarchisten, unter welchen sich neben vielen Verbrechern und abnorm Constituirten zweifellos geistig vollkommen Gesunde in grösserer Zahl befinden. Eine besondere Erscheinung bilde der „paradoxe Fürstenmörder“, welcher sich gegen das Staatsoberhaupt wende, um in anarchistischer Weise auf die Massen einzuwirken (Lega, Caserio). Die Criterien, ob ein Attentat pathologischen Ursprungs sei, sind theils allgemeine (rein historische Momente, politische Strömungen, Utilitarismus), theils individueller Art (Beschaffenheit des Motivs, Mittel der Durchführung). Besonders die letzteren lassen häufig einen directen, sicheren Schluss auf eine Psychose zu. Die erstgenannten allein sind vieldeutig, doch legen die häufig ungemein leichte Inducirbarkeit zur That und die oft auffallende Gleichgültigkeit für das eigene Schicksal vielfach das Vorhandensein psychischer Störung nahe, auch wo ein normalpsychologischer Hergang denkbar wäre.

Die Abhandlung schliesst mit Erörterungen über Disäquilibrirung im Allgemeinen und über das Verhältniss der Socialpsychologie zur Individualpsychologie Der exogene Factor wird stark betont. Jentsch.

LVIII) **Raffalovich:** Uranisme et unisexualité.

(Lyon-Storck, Paris-Masson, 1896. 363 Seiten.)

In geistreicher und psychologisch fein ausgearbeiteter Weise erörtert Verf., dem offenbar eine sehr grosse Erfahrung zur Seite steht, das heikle Thema der unisexuellen Liebe in ihren verschiedenen Nuancen, ohne sich aber in Hypothesen einzulassen. Mit Recht bemerkt er übrigens, dass keine der bisher aufgestellten vollständig genügend erscheint und dass vorderhand nichts weiter übrig bleibt, als die uni- neben der heterosexuellen Liebe als von Natur gegeben zu betrachten. Besonders verwerflich erscheinen alle teleologischen Betrachtungen, die übrigens, wenn man wollte, auch hier sich gut anwenden liessen, nämlich um der Uebervölkerung zu steuern. Verf.

giebt aber noch mehr, als er verspricht, insofern er auch auf die noch so dunkle Psychologie des ganzen Geschlechtslebens eingeht.

Die „Uranisten" (Homosexuellen) unterscheidet er zunächst in „ultravirils, virils, efféminés und passifs" und stellt dann 3 Hauptcategorien auf: 1. Angeborene und unbezwingliche sexuelle Inversion oder Uranismus, ohne oder trotz hetero-sexuellen Verkehrs; 2. dieselbe, aber nicht unbezwinglich; verträgt sich nach der Pubertät mit dem heterosex. Verkehr oder sucht letzteren allein auf; 3. neben dem homo- ist der heterosexuelle Instinct angeboren und beiderlei Verkehr kann eventuell neben einander laufen. Diese Categorien werden einzeln des Genaueren beschrieben und mit zahlreichen Beispielen aus der Geschichte illustrirt. Viele Irrthümer werden berichtigt, so z. B. dass die Invertirten sich gegenseitig erkennen sollen (nur die efféminés thun dies), dass die Griechen die Knabenliebe in ihrer hässlichen Gestalt (als coitus analis) gepflegt hätten, was nur „Türken-, aber nicht Griechenliebe" ist, dass Inversion ohne jede Degeneration oder Desequilibration undenkbar sei etc. Ja, die grössten Kulturfortschritte sind sogar von idealen Invertirten gemacht worden (ähnlich drückt sich auch Carpenter aus; Ref.) Leider weiss man wenig von der ersten Jugend der Invertirten und woran man sicher die Inversion erkennt; das aber wäre sehr wichtig, da diese Leute, die durchaus nicht Infamie oder Mitleid verdienen, eine eigene Erziehung verlangen. Auch wird darauf hingewiesen, dass zwischen Homo- und Heterosexualität keine scharfe Grenze besteht, ja dass jeder Heterosexuelle (wahrscheinlich) irgend einmal in seinem Leben homosexuelle Anwandlungen in mildester Form durchgemacht hat. Näcke.

III. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

1. Pathologische Anatomie.

262) **Weygandt:** Ein Beitrag zur Histologie der Syphilis des Centralnervensystems. (Mit einer Tafel.)

(Archiv für Psychiatrie 1896, Heft 2.)

Bei einem Falle von Syphilis, der cerebrale Erscheinungen, namentlich Anfälle mit Bewusstseinsverlust und linksseitiger Lähmung dargeboten hatte, fand sich bei der Section ein Gummiknoten im rechten Stirnhirn mit fasriger Degeneration und stellenweiser Verkäsung, welcher in das Stirnbein hineingewuchert war. Neben dieser streng localisirten Affection stellten sich geringe pathologische Veränderungen in fast allen Theilen des Centralnervensystems heraus. Dass darin gerade das Bemerkenswerthe des Falles liege, kann Ref. nicht einsehen, da das doch nicht so selten vorkommt. Verf. geht darauf ein, wie er sich die histogenetische Entwicklung des Processes vorstellt. Was die Gefässe anlangt, so bildeten sie neue Sprossen und aneurysmatische Ausbuchtungen. Nach Verdickung der Wände und Verengerung des Lumens bis zum Verschluss wandelten sich die Rundzellen in ihrer Umgebung und schliesslich die Zellen der Gefässwände selbst in

Fasern um. Betreffs der Einzelheiten der ausführlich geschilderten histologischen Befunde und deren Deutung muss auf das Original verwiesen werden. Aus dem Umstand, dass die leichten überall angetroffenen Veränderungen des Nervensystems hauptsächlich in einer Rundzelleninfiltration der Gefässadventitia bestehen, glaubt der Verf. den Ausgang des Processes an den Gefässen in dieser und nicht in der Intima suchen zu dürfen.

M. Edel.

---

263) **J. Bödecker:** Anatomischer Befund bei einem Falle von chronischer nuclearer Augenmuskellähmung.

(Archiv für Psych. und Nervenkr., Bd. XXVIII. Heft 1.)

Einen von ihm anatomisch genau untersuchten Fall von lange bestehender, einseitiger äusserer Oculomotoriuslähmung verwendet B. zugleich zum genaueren Studium der Lage des Trochleariskerns. Aus dem erhobenen microscopischen Befunde und unter Berücksichtigung des klinischen Bildes folgert er, dass mit grösster Wahrscheinlichkeit die im hinteren Längsbündel gelegenen Ganglienzellen den Trochleariskern bilden. Unentschieden blieben die Beziehungen des dorsal von dieser Zellgruppe gelegenen diffuseren Kerns.

Wie aus seinen vorausgeschickten Bemerkungen hervorgeht, tritt B. hiermit der zuerst von Siemerling ausgesprochenen Ansicht entgegen, dass die oben erwähnte Zellgruppe dem Oculomotoriuskern zuzurechnen wäre, einer Anschauung, der Verf. selbst sich früher angeschlossen hatte.

Erwähnung verdient, dass auch B., wie schon Andere vor ihm, bei einseitiger completer Oculomotoriuslähmung doppelseitige Kerndegeneration mit Betheiligung der beiderseitigen intramedullären Fasern nachweisen konnte.

Dr. Nawratzki-Dalldorf.

---

2. Specielle Pathologie.

a) *Gehirn.*

264) **Spanbock** und **Steinhaus** (Warschau): Gleichzeitiges Vorkommen von diabetes insipidus und hemianopsia bitemporalis. (Ob odnowremennom ssowpadenii nessacharnawo motscheïsnurenija i dwustoronnei gemianopsii.)

(Kowalewskij's Archiv, XXVI.)

Augenmuskel- und Sehstörungen sind bei Diabetes insipidus öfters beobachtet worden; der vorliegende Fall hat nur ein Analogon in der Litteratur (David-Bonn, 1889). Es handelt sich um eine 33jährige, früher luetische Frau, 1893 Fall auf den Kopf; 1894 Durst und Polyurie; November 1894 Sehstörungen, „etwas verhindere sie, an der Aussenseite zu sehen". Urinmenge 4—6 Liter, Harnstoff 4,8—6,3 %, Chloride 2,2 %. Nach $1^1/_2$monatlicher antiluetischer Behandlung war die Polyurie stark reducirt, die Sehstörung völlig verschwunden. Das Zusammentreffen beider Erscheinungen halten Verff. für blossen Zufall. Sie nehmen zwei isolirte luetische Affectionen an, eine am Chiasma, eine zweite in der Nähe des Vaguskerns; für letztere Annahme verwerthen sie auch eine gleichzeitige Pulsbeschleunigung, bis 120 p. S.

Das Verhalten der Schilddrüse wird nicht erwähnt.

Kurella.



265) **Amaignac** (Montpellier): Hémianopsie bitemporale suivie rapidement de cécité complète des deux yeux.

(Journal de médecine de Bordeaux, Nr. 2 u. 3, 1896.)

23jähriger Mann; im Gegensatz zum vorigen Fall begleitet starke Herabsetzung der Sehschärfe und Kopfschmerz die Hemianopsie; daneben Tachycardie; im Verlauf von 3 Wochen völlige Erblindung, Augenhintergrund unverändert. A. nimmt eine tuberculöse Compression des Chiasma und eine Affection des Vaguskerns an. Die Analogie mit dem vorigen Falle fordert dazu auf, der Coincidenz von Tachycardie und bitemporaler Hemianopsie weiter nachzuspüren. Kurella.

---

266) Professor **Pick** (Prag): Neue Beiträge zur Pathologie der Sprache. I. Studien zur Lehre vom Sprachverständniss.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 1896, H. 1.)

Verf. geht an der Hand von 2 an und für sich seltenen Fällen von transcorticaler Worttaubheit etwas tiefer auf die Frage des Sprachverständnisses ein, insoweit das Centrum in der Schläfewindung in Betracht kommt. Aus der Litteratur führt er zunächst Aeusserungen über den Begriff der Worttaubheit an, wobei er der Meinung ist, dass eine Anzahl von Autoren in unbegründeter Weise generalisirt. Erst Lichtheim hat das Wortverständniss als einen verschiedene Stadien durchmachenden Process aufgefasst und 3 Formen aufgestellt. Auf demselben Standpunkt stehen Wernicke, nach welchem Störungen des Sprachverständnisses durch Läsion der Verbindungsbahnen zwischen Klangbild- und Begriffscentrum bedingt sind, ebenso Ziehen, Ross, Heubner. Von der surdité verbale représentative, wobei die Bedeutung der vorgesprochenen Worte trotz richtiger Auffassung und Aussprache nicht verstanden werden kann, gaben die Mittheilungen Pick's die ersten neuen Beobachtungen. Er erwähnt seine früheren bloss aus dem Studium functioneller Störungen erbrachten Beweise für das Vorhandensein dieser Form, die er im Stadium der Rückbildung der Worttaubheit öfter gesehen habe und die sich in dem Fehlen des Sprachverständnisses bei richtiger Perception der Worte und dadurch ermöglichter Benutzung derselben in willkürlicher, nicht automatischer Weise kennzeichne. Nach ausführlicher Krankengeschichte kommt er zu folgenden Zusammenfassungen: Sprachverständniss stark gestört. Kleiner Wortschatz. Wenn es gelingt, der Patientin verständlich zu machen, dass sie nachsprechen soll, geschieht dies in bewusster Weise. Ausserdem kommt es aber oft vor, dass sie gehörte, aber nicht verstandene Worte in Frageform mit richtiger Umstellung des betreffenden Wortes wiederholt. Damit sei auch bewiesen, dass diese Form ein bestimmtes Stadium beim Vorgange des Wortverständnisses bildet, der also complicirter ist, als angenommen worden ist. Wegen des so geringen Wortschatzes anderen Fällen gegenüber erscheint besonders bei der damit übereinstimmenden Anamnese der Schluss gerechtfertigt, dass hier eine Verbindung mit motorischer Aphasie vorliegt. Dafür spreche auch die Aehnlichkeit mit dem Heubner'schen Fall, wo sich in der That eine Läsion der Brocka'schen Windung fand, weiter das gelegentliche Vorkommen von Affectsprache, ferner das offenbar verständnisslose Recitiren von Gebeten, wobei es sich also um eine automatische Wiedergabe von

längst fest Eingeprägtem handle. Der impressive Sprachvorgang, das Verständniss des Gesprochenen ist defect. Drohungen, selbst stark betonte, machen erst bei der entsprechenden mimischen Bewegung Eindruck. Das Zahlenverständniss erwies sich als besser erhalten. Verf. ist der Ansicht, dass nicht eine Herderkrankung, sondern eine localisirte Atrophie vorliegt. Den Sitz der Läsion glaubt er in dem Gebiete hinter der motorischen Zone, abgesehen von der etwaigen Mitbetheiligung der Broca'schen Stelle suchen zu müssen.

Als Gegenstück zu diesem Fall theilt er einen mehr typischen von transcorticaler sensorischer Aphasie mit. Spontanes Sprechen quantitativ wesentlich vermindert, paraphasisch. Verständniss der Sprache sehr mangelhaft, der Schrift fehlend, ebenso wie Copiren. Nachsprechen völlig intact (Echolalie). Die anfangs typische transcorticale Aphasie wurde dadurch noch prägnanter, dass in Folge allgemeinen geistigen Niedergangs die Echolalie allein unverändert bestand. Auch hier fällt die Armseligkeit der Spontansprache auf, die wohl in ähnlicher Weise wie beim ersten Fall zu denken sei. Pick stellt die Annahme zur Erwägung, ob es sich nicht in Fällen der Litteratur von Blödsinn mit Echolalie öfter um solche aus transcorticaler sensorischer Aphasie entwickelte handelt.

II. Ueber die Beziehungen zwischen Taubheit und sensorischer Aphasie.

1. Zuerst ein Fall von subcorticaler sensorischer Aphasie. Der Kranke versteht nicht, was man spricht, trotzdem er auf Geräusche reagirt. Da er wiederholt äusserte, dass er gut höre, sieht P. die Hörstörung als Worttaubheit an, als deren Sitz er eine Läsion in der linken Gehirnhemisphäre annimmt. Er hält sie für ein Vorstadium der später aufgetretenen completen Taubheit. Die Section ergab Hydrocephalus, Hirn- und Rückenmarkstumor. Der Fall bilde ein Analogon zu der von Siemerling beschriebenen Seelenblindheit. Einerseits wird man an die directen Geschwulstwirkungen auf die Acustici, ebensowohl auch und in interessanter Analogie mit dem Fall Siemerling's, an die durch den Hydrocephalus bedingten, auch schon von Anderen der Stauungspapille an die Seite gestellten Wirkungen auf die Acusticusstämme denken können. Seitdem seien auch andere Neurologen zu ähnlichen Anschauungen gelangt.

2. Centrale Taubheit und Aphasie, bisher nur selten beobachtet, mit interessanten klinischen Erscheinungen. Die genaue Anamnese lasse keinen Zweifel, dass die Taubheit eine Folge des einzigen Schlaganfalls ist. Aus ihrem Zusammenfallen mit diesem ist es wahrscheinlich, dass ihr eine centrale, wohl die Schläfenlappen betreffende Läsion zu Grunde liegt. Die Erscheinungen im Gebiet der Sprache zeigen mit Ausnahme der wegen Taubheit überhaupt nicht auslösbaren Functionen völlige Uebereinstimmung mit der transcorticalen sensorischen Aphasie. Dass der Kranke trotz seiner Taubheit die acustischen Wortbilder nicht verloren hat, ist entweder als Beschränkung der Läsion auf die corticale Endigung der acustischen Bahn im Schläfenlappen oder als subcorticale Unterbrechung derselben zu deuten, jedenfalls sei die eigentliche Wernicke'sche Stelle nicht als betroffen anzunehmen. Bei der Frage, ob nicht die typischen Begleiterscheinungen auf eine bestimmte localisatorische Complication der anzunehmenden linksseitigen Schläfenlappenaffection deuten, lasse eine Vergleichung mit dem vorhandenen

klinischen Material der anderen beschriebenen Fälle im Stich. Die spontane Sprache stimme mit denselben überein, in der Schrift liege jedoch nichts ähnliches vor. Die automatische Art des Copirens erfolgt bei dem Kranken so präcise, dass man von einer Art von Echographie sprechen könne. Die bei dem Patienten beobachtete und von der gewöhnlichen Alexie verschiedene Erscheinung, des völlig intacten, aber ohne Verständniss erfolgenden Lesens gehöre in der Litteratur zu den seltenen. Die Annahme, dass sie durch eine Abtrennung des acustischen Wortcentrums von den intellectuellen Territorien bedingt wäre, lasse sich mit derjenigen vom Freibleiben dieses Centrums in Einklang bringen. Die Intactheit des Zahlenverständnisses bliebe aber dabei viel verständlicher als bei der anderen Deutung, wonach die directe Verbindung der optischen mit den intellectuellen Centren gestört gedacht wäre und wogegen im vorliegenden Fall gewichtige Gründe sprechen. Die Section ergab vor Allem eine beiderseitige Schläfenlappenaffection und bestätigte im Allgemeinen die angestellten Erwägungen.

Bei einem weiteren Fall hörte eine Patientin bei anscheinend völliger centraler Taubheit einzelne Worte, was daraus hervorging, dass sie dieselben, wenn auch nur echolalisch und ohne Verständniss, wiederholte. Auf Grund mehrerer Erwägungen kommt P. zu der Annahme einer beiderseitigen Schläfenlappenaffection als Grundlage dieser mit Resten von Worttaubheit verbundenen, fast an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit. Der Fall sei einem von ihm in demselben Archiv veröffentlichten ähnlich. Des weiteren hebt er den schon in anderen Fällen beobachteten Agrammatismus hervor, wofür ein besonderes Sprachcentrum anzunehmen kein Grund vorliege. Es handle sich um einen Uebergang zu den schwereren Formen von Aphasie, womit wieder eine neue Brücke zwischen Sprache und Intelligenz im Allgemeinen geschlagen sei durch den Nachweis gemeinschaftlicher Störungen in Folge von Herderkrankungen. Der Sectionsbefund erwies die Richtigkeit der diagnostischen Erwägungen. Von aussen war im Bereich beider fossæ Sylvii Erweichung wahrzunehmen, welche links die Insel, Gyr. temp. I, gyrus supramarginalis und angularis, rechts neben der Rindensubstanz der Insel noch die weisse Substanz der vorderen und hinteren Centralwindung, des Claustrum und Nucleus caudatus betraf.

III. Zur Lehre von den Inselaphasien.

Zum Schluss wird ein durch allgemeine Atrophie des Gehirns complicirter Fall von Inselaffection mitgetheilt, welcher dadurch von Bedeutung sei, dass eine Störung des Nachsprechens vermisst wurde.

Max Edel.

---

267) **F. Lührmann** (Dresden): Ueber einen Fall von Tumor cerebri, der mit eigenthümlichen Anfällen und mit Hörstörungen einherging.

(Neurol. Centralbl. 1896, Nr. 5.)

Bei einem 51jährigen höchst wahrscheinlich luetischen Manne, dessen Frau auch an einer Hirngeschwulst vor einiger Zeit gestorben ist, begannen die ersten Erscheinungen October 1892 mit aphasischen Störungen, Ueberempfindlichkeit gegen Töne, Herabsetzung des Hörvermögens und in kurzen Pausen wiederkehrenden lästigen Geräuschen auf dem rechten Ohre. Da eine Erkrankung des Mittelohrs ausgeschlossen werden konnte, wurde ein Hirnleiden (wahrscheinlich Hirnsyphilis) angenommen, zumal Stauungspapille

zu constatiren war. Eigenthümliche Schrei- und Krampfanfälle von $^1/_2$—1 Minute Dauer, bei denen er ein langgezogenes monotones Gebrüll ausstiess, der Kopf krampfartig nach rechts gedreht und der Augapfel nach rechts gedreht wurde, führten zur Aufnahme ins städtische Irrenhaus.

Die aphasischen Störungen waren recht erheblich. Pat. war unfähig, die richtigen Worte zu finden, verwechselte häufig Worte oder brachte sie verstümmelt vor. Nachsprechen und Verständniss ungestört. Entsprechend waren die agraphischen Störungen Nach Vorlage schrieb er richtig nach, während er nach Dictat und aus dem Gedächtniss, sowie auf Fragen fehlerhaft mit Silben- und Wortauslassungen schrieb. Unter einer energischen specifischen Cur (Schmierkur und Jodkali) schwanden die Anfälle, welche anfänglich sehr häufig (alle 5—10 Minuten) aufgetreten waren, nach 8 Tagen, die Geräusche nach ca. 14 Tagen. Nach 7wöchentlichem Anstaltsaufenthalt konnte der Patient als geheilt entlassen werden.

L. nimmt ein Hirngumma in der rechten Schläfenwindung an, in welcher nach neueren pathologisch-anatomischen Erfahrungen auch das acustische Rindencentrum liegen soll. Hoppe.

---

268) **George J. Preston**: Three cases of tumours of the brain, with autopsy.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1895, Sept.)

Der erste Fall betrifft einen 13jährigen Knaben. Vor einem Jahre litt derselbe an epileptiformen Anfällen, die sich unter Brombehandlung bedeutend milderten. Dann entwickelte sich plötzlich Diplopie mit Neuroretinitis. Die Sehkraft war bedeutend abgeschwächt; anfänglich bestand linksseitige laterale Achromatopsie und später linksseitige Hemianopsie. Allmählich stellte sich vollständiger Verlust des Gesichtssinnes und Gehörs ein. Die oberflächlichen und tiefen Reflexe fehlten. Der Kranke klagte über sehr intensive Kopfschmerzen; auch machte sich ein graduelles Schwinden der geistigen Fähigkeiten bemerkbar. Die Section ergab einen grossen Tumor, der den ganzen rechten Schläfenlappen einnahm (Sarcom) und eine Erweichung des Hinterhauptlappens; indessen war die Rindenpartie dieses Lappens nicht ergriffen.

Der zweite Fall war dadurch interessant, dass der Tumor, ein kleines Papillom von der Grösse eines Rebhuhneies, der in der rechten oberen Occipitalwindung sass, intensiven Kopfschmerz mit doppelseitiger Neuritis optica verursacht hatte.

Im dritten Falle handelte es sich um ein grosses Sarcom, das den Schläfenlappen, mit Ausnahme seiner ersten Windung, den grösseren Theil des Hinterhauptslappens und den Seitenlappen des Kleinhirns eingenommen hatte. Die Erscheinungen waren nicht sehr deutlich ausgeprägt mit Ausnahme von Kopfschmerzen und psychischen Störungen. Von Bedeutung war noch, dass die erste Temporalwindung trotz Zerstörung des Restes dieses Lappens nicht mit ergriffen war und dass der Zerstörung des Gehörscentrums Taubheit entsprach. Buschan.

---

269) **M. Carrara:** Ein mit exitus letalis nach Kopfverletzung beendeter Fall von Hirntumor (Neurogliom). (Aus dem pathologischen Laboratorium des König Humbert-Hospitals zu Turin.)

(Verein für gerichtl. Medicin, III. Folge, XI. Bd., 1. H., 1896.)

Der vorliegende Fall, der zu einer forensischen Begutachtung führte, verdient auch neurologisches Interesse. Ein Mann erhielt durch Stockschläge auf den Kopf eine 4 cm lange Hautwunde der linken hinteren Parietalgegend. Nach reactionsloser Heilung bestanden Schwindel und Ohrschmerzen fort. Später gesellten sich unter Verminderung des linksseitigen Hörvermögens Kopfschmerzen und von der linken Hand ausgehendes Kribbeln nebst Gefühl von Schwere und Steifigkeit der linken Seite hinzu. Im Hospital wurde Hemiparese im Facialgebiet und verminderte Sensibilität der genannten Seite constatirt, die Reflexe waren erhalten.

Einige Tage ante exitum Krampfanfälle und Erbrechen. Tod 5 Monate nach der Verletzung.

Bei der Section fand sich die Dura stärker als normal gespannt, glatt, glänzend, die Windungen abgeplattet, die Ventrikel erweitert. In der rechten Hemisphäre in der Gegend des sulc. Rolandi bestand ein weiter unregelmässiger, mit fast farbloser, leicht fleckiger Flüssigkeit gefüllter Hohlraum, dessen Wandungen einen zerfallenden Detritus bildete. Letzterer liess auf Parallelschnitten keine Hirnsubstanz, sondern ein weiches, schwammiges, blassgraues Gewebe erkennen. An nach Weigert-Pal gefärbten Schnitten fanden sich, neben gewuchertem Gliagewebe, stellenweise in der proliferirten Glia Ganglienzellenhaufen mit dichotomisch verzweigten Fortsätzen neben einfacher Infiltration in der Umgebung der wenig zahlreichen Gefässe. Verf. glaubt ein Neurogliom im eigentlichen Sinne vor sich zu haben. In der Begutachtung, deren Einzelheiten hier übergangen werden können, nimmt er einen Causalconnex zwischen rechtsseitiger Erweichung des Glioms und und der linksseitigen Kopfverletzung an. Pollitz (Brieg).

---

270) **Atelekoff** (Moskau): Beitrag zur Symptomatologie und Pathologie der syphilitischen Erkrankungen der Arterien und des Hirngewebes. — Aus dem Laboratorium des Herrn Prof. Mendel.

(Neurol. Centralbl. 1896, Nr. 6.)

Zwei Monate nach der Primäraffection wurde der bis dahin körperlich gesunde 21jährige Patient geistig deprimirt, mürrisch, zeigte Gesichts- und Gehörshallucinationen beängstigenden Inhalts und zeitweilig hochgradige Sprachstörungen. Trotz Einleitung einer mercuriellen Cur schritt die Erkrankung fort. Es folgte ein exaltirtes Stadium mit Tremor, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, das schliesslich in hochgradige Verwirrung, Apathie und Amnesie überging. Dann traten Anfälle von Jackson'scher Epilepsie auf, die mit zunehmender Häufigkeit ihren Character verloren und sich mit Bewegungen theils athetotischer, theils choreatischer Natur vereinigten. Zuletzt nur noch athetotische Zuckungen. In tiefem Coma erfolgte ca. 7 Monate nach dem Ulcus durum der Exitus letalis.

Die Section ergab ausser Hyperämie des Hirns und der Hirnhäute sowie leichter Trübung der Pia in der Umgebung der Gefässe einen haselnussgrossen weissen Erweichungsherd an der linken hinteren Central-

windung, einen ähnlichen im linken Corpus striatum, kleinere im Thalamus opticus und am Kleinhirn zu beiden Seiten des oberen Wurmabschnittes. Die linke im Ursprung thrombosirte A. fossae Sylvii zeigte microscopisch ein bedeutendes Infiltrat der Adventitia, ein geringeres der Media und eine nicht gleichmässig über den ganzen Umfang verbreitete hyperplastische Verdickung der Intima, macroscopisch den Thrombus vortäuschend. Die nähere Beschreibung der durch Figuren erläuterten Gefässveränderungen muss im Original nachgelesen werden.

A. sucht den Krankheitsverlauf durch die pathologischen Befunde zu erklären, welche nach seiner Ansicht von den Gefässerkrankungen ausgingen und zwar speciell von der Intima. Die athetotischen Bewegungen ist A. mehr geneigt, auf die Rindenreizungen zu beziehen, als auf die Herde in den grossen Ganglien. Hoppe.

---

271) **Tuczeck:** Demonstrationen zur Syphilis des Centralnervensystems. — Aerztl. Verein zu Marburg. 5. II. 1896.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 17.)

1 Fall. Eine 53jährige Frau, der ein Kind an hereditärer Lues starb, erkrankte mit ängstlicher Erregung, Gedächtnissschwäche und Augenmuskellähmungen. Sie zeigte Gedächtnissschwäche besonders für neue Eindrücke, leichte Ermüdbarkeit, Erschwerung einfacher geistiger Operationen bei Krankheitseinsicht, verbale Amnesie, nahezu völligen Verlust der Schriftbilder (Alexie, Agraphie), zuweilen heftige Kopfschmerzen, sowie Schmerzen in der oberen Wirbelsäule, die in die Arme ausstrahlten und ganz vorübergehend Schluckstörung. Specifische Therapie brachte wesentliche Besserung.

2. Fall. 54jähriger Arbeiter mit manifester Lues. Im Beginn Gedächtnissschwäche, Euphorie, gelegentliche Grössenideen. Im späteren Verlauf stabiler Zustand von mässiger geistiger Schwäche, Gedächtnissschwäche für neue Eindrücke, leichte Ermüdbarkeit. Vorübergehende rechtsseitige Paresen im Gebiet des Facialis und der Extremitäten, episodisches Auftreten articulatorischer Sprachstörungen, Steigerung der Sehnenreflexe. Seit einigen Monaten motorische Aphasie (nicht apoplectiform) Paraphasie mit entsprechenden Lese- und Schreibstörungen.

In beiden Fällen wurde auf Grund der Anamnese, der Combination der psychischen Störungen und Ausfallserscheinungen mit Herdsymptomen, sowie der Art der intellectuellen Defecte und dem Fehlen der Progressivität die Diagnose auf Hirnlues gestellt.

3. Fall. 25jährige Prostituirte mit florider Lues. Im Beginn ängstliche Erregung, dann Schwerbesinnlichkeit, Apathie, mürrische Stimmung, Ohnmachten bei heftigen Kopf- und Nackenschmerzen, sowie linksseitige Parese des Abducens, Lev. palp. sup., Rect. int., beiderseitige Stauungspapille, Steigerung der Sehnenreflexe. Vollständige Genesung unter Jodkalibehandlung.

4. Fall. 30jährige Prostituirte mit florider Lues. Im Beginn heftiger maniakalischer Erregungszustand, dann psychische Depression, zuletzt Apathie und gelegentlich heitere Stimmung mit schwachen Grössenideen neben reflectorischer Pupillenstarre linksseitiger Ptosis, passagere Lähmung der

linken Extremitäten und passagere Articulationsstörungen. Steigerung der Sehnenreflexe.

5. Fall. 44jähriger Chemiker mit sicherer Lues. Beginn mit linksseitiger Abducenslähmung. Später Hypochondrie nebst progressiver Demenz bei voller Krankheitseinsicht. Daneben reflectorische Pupillenstarre, links Ptosis und Abducenslähmung, passagere articulatorische Sprachstörung, Mangel der Sehnenreflexe.

6. Fall. 44jähriger Buchhalter mit sicherer Lues. Im Beginn Erregung mit vielfachem Stimmungswechsel. Später stärkere Demenz mit Grössenideen, dabei freiere Intervalle, daneben reflectorische Pupillenstarre, passagere rechtsseitige Paresen, rechtsseitige Gehörstäuschungen (bei normalem Ohrbefund), häufige Anfälle von sensorischer und amnestischer Aphasie, Kopf- und Nackenweh, Abschwächung der Sehnenreflexe. Zuletzt Entwicklung des Bildes der progressiven Paralyse mit Anfällen und Silbenstolpern bei starkem Schwanken der Symptome und zum Theil noch erhaltener Krankheitseinsicht.

Hoppe.

---

272) **Adolf Wallenberg** (Danzig): Linksseitige Gesichts-, Zungen-Schlund- (Kehlkopf?) Lähmung in Folge eines Erweichungsherdes im rechten Centrum semiovale.

(Neurol. Centralbl. 1896, Br. 5.)

Bei einem 47jährigen Mann, der seit mehreren Jahren an Insufficienz der Aortenklappen litt, hatte sich vor einem Jahr doppelseitige Myosis, reflectorische Pupillenstarre und rechtsseitige Abducensparese gebildet. Darauf allmählich zunehmende Benommenheit und Demenz, Kopfschmerzen, Anfälle von Dyspnoe, Erbrechen. Nachdem der Zustand sich mehrere Monate unverändert erhalten hatte, trat innerhalb 3 Tagen eine totale Schlinglähmung, Parese des linken Facialis, der linken Zungenhälfte, des linken Stimmbandes und im geringen Grade auch der linken Schulterheber ein (ohne Entartungsreaction in den gelähmten Muskeln), während sich Oedem der linken Conjunctiva und des linken Augenlides, sowie 2 Tumoren auf der linken Schädelhälfte ausbildeten, welche nach Einleitung einer Schmierkur verschwanden, ebenso wie die Lähmungserscheinungen sich besserten. 3 Wochen später unter Erbrechen, Dyspnoe und Collaps der Exitus.

Die auf eine syphilitische Hirnaffection (wahrscheinlich chronische Leptomeningitis) gestellte Diagnose wurde durch die Section bestätigt. Die Pia war in der vorderen Hälfte der Convexität, sowie an der ganzen Basis stark verdickt und getrübt. Ausserdem waren die Arterien zum Theil durch circumscripte Wandverdickungen verengt. In der Art. basilaris befand sich ein frischer 1 cm langer Thrombus, der sich auch in die Art. cerebellaris anterior und superior fortsetzte. Ferner ein Erweichungsherd im Marklager des rechten Frontallappens dorsal vom Putamen des Linsenkerns, welcher wahrscheinlich auf einen Thrombus im ersten Ast der Art. fossæ Sylvii zurückzuführen ist. Durch diesen Herd hatten alle Projectionsfasern der 3. Stirnwindung, der frontalen Hälfte des Gyr. frontal. med., der Uebergangswindung, wenige Elemente aus den centralen Theilen der Centralwindungen, die sagittalen Associationsbündel des Stirnhirns, Balkenfasern und Elemente der äusseren Kapsel eine Unterbrechung erlitten.

Die Lähmung des linken Stimmbandes scheint für den vorwiegenden Einfluss einer Hemisphäre auf die Bewegungen des contralateralen Stimmbandes zu sprechen.

Hoppe.

273) **E. D. Fischer:** Report of a case of tumor of the cerebellum, with autopsy.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1895, Nov.)

Verf. berichtet über einen Fall von Kleinhirntumor, der insofern von Interesse ist, als kein Symptom vorhanden war, das direct auf eine Affection des Cerebellum bezogen werden konnte. Es waren weder Incoordination, noch Gehstörungen vorhanden. Die Schmerzen localisirten sich hauptsächlich oberhalb der rechten Augenhöhle. Von Allgemeinerscheinungen waren Kopfschmerzen, Convulsionen und Neuritis optica vorhanden. Auf den Sitz des Tumors an der Basis des Gehirns wiesen hin absolute Taubheit (Affection des 8. Nerven rechterseits) und vollständiger Verlust des Geschmacks (Affection des 7. Nerven). Das Fehlen jeglicher Cerebellarsymptome, sowie die bestimmte Localisation der Schmerzen über der rechten Augenhöhle liessen hier einen operativen Eingriff gerechtfertigt erscheinen. Ein Tumor wurde jedoch nicht gefunden; die Schmerzen und die Convulsionen aber liessen vollständig nach bis zum Tode, der elf Wochen später in Folge von septischer Basilarmeningitis erfolgte. — Die Autopsie ergab ein Gliom der rechten Hemisphäre des Kleinhirns.

Buschan.

274) **J. T. Eskridge** (Denver, Col.): Tumor and large cyst of the cerebellum, with symptoms extending over several years.

(The Medic. Rec., 17. Aug. 1895.)

Ein 11jähriges Mädchen litt seit mehreren Jahren neben fast vollständiger Blindheit durch Sehnervenatrophie an häufig auftretenden spastischen Contracturen der Rücken- und Gliedermuskeln, die mit heftigen Schmerzen, aber ohne Bewusstseinsverlust auftraten und nach mehreren Minuten unter Hinterlassung grosser Erschöpfung vorübergingen. Andere characteristische Symptome fehlten. Das Kind starb in einem solchen Anfalle Bei der Section fand man in der linken Kleinhirnhemisphäre einen $^3/_4$ Zoll im Durchmesser haltenden Tumor, der in einem Theile hart war, in einem anderen 2 oder 3 kleine Cysten mit gelatinösem Inhalt hatte Im Zusammenhang mit diesem Tumor stand eine grosse Cyste mit dickfibröser Wandung, die sich von dem hinteren Theile des Kleinhirns bis fast zur äussersten Grenze des vorderen erstreckte. — Der Fall lehrt nach Verf., dass selbst eine bedeutende Läsion einer Kleinhirnhemisphäre geringe oder wenigstens nicht so deutliche Symptome setzen kann, dass eine richtige Diagnose möglich ist, und ferner, dass Ataxie in Folge solcher Läsionen wahrscheinlich nur dann auftritt, wenn diese vermöge ihres Sitzes (gewöhnlich durch den mittleren Kleinhirnlappen) auf den Pons einen Druck ausübt.

Voigt (Oeynhausen).

275) **Joseph Collins** (New-York): A contribution to the study of hereditary cerebellar and hereditary spinal ataxia, with the history of an atypical case of the first-named disease.

(The Medic. Record, 21. Dec. 1895.)

In der Abhandlung wird ein Vergleich gezogen zwischen der Symptomatologie der hereditären cerebellaren Ataxie und der der hereditären

spinalen Ataxie (Friedreich'sche Krankheit). Beides sind „Familien"- und progressive Krankheiten; in beiden bestehen schwankender Gang, mangelhafte Coordination, choreatische Bewegungen der Hände und gelegentlich auch des Gesichts; doch zeigen bei hereditärer cerebellarer Ataxie im Gegensatze zu der hereditären spinalen die Gesichtszüge in der Ruhe den Ausdruck des Erstaunens, die mimischen Muskeln, wenn der Kranke spricht oder in Erregung geräth, eine übermässige Thätigkeit. Wesentlich unterscheiden sie sich aber 1. durch das Verhalten der Sehnenreflexe, insofern dieselben bei der cerebellaren Form stets vorhanden und häufig gesteigert, bei der spinalen oft fehlend, niemals gesteigert sind, und 2. durch die psychischen und Augensymptome. Von letzteren sind Diplopie, Dyschromatopsie, Achromatopsie, Einschränkung des Gesichtsfeldes, Verlust des Licht- und Accomodationsreflexes äusserst ungewöhnliche Erscheinungen bei hereditärer spinaler Ataxie, kommen dagegen bei hereditärer cerebellarer Ataxie, zwar durchaus nicht immer, aber doch häufiger vor. -- Verf. giebt nun ausführlicher die Geschichte und die Symptomatologie eines Falles (11jähriger Knabe), der weder zur cerebellaren noch zur spinalen Form gehört, sondern gleichsam beide verbindet. Er zeichnet sich durch folgendes aus: 1. Nichtvorhandensein directer erblicher Uebertragung, wohl aber leidet eine Schwester anscheinend an derselben Erkrankung (Familienkrankheit). 2. Ausbruch der Krankheit in früher Jugend 3. Coordinationsstörungen in allen 4 Extremitäten, Schwanken der Hände und Füsse. 4. Gang mit gespreizten Beinen, taumelnd, incoordinirt. 5. Vermehrte Sehnenreflexe; gesteigerte Kniereflexe und Fussphänomen. 6. Deutliche Störung der Sprache, die explosiv, incoordinirt ist; Articulation sehr mangelhaft. 7. Tiefe Intellecttrübung, Mangel der associativen Fähigkeiten, Mangel an Aufmerksamkeit. 8. Fehlen sensibler Störungen und Unversehrtheit der Sphincteren. 9. Zunehmender Verlust der Kraft und des Tonus der Muskulatur. 10. Runzelung der Haut, Fehlen des Schweisses, greisenhafte Haltung des Körpers, starrer Gesichtsausdruck. — Hiernach handelt es sich um einen Fall, der ebenso wenig mit dem Typus der Fälle von hereditärer cerebellarer und spinaler Ataxie übereinstimmt, als mit dem der familiären Ataxien (Erb, Menzel, Seeligmüller), der cerebralen Diplegie (Sachs, Freud u. A.), der ataxo-spasmodischen Paraplegie von Gowers, der von verschiedenen Autoren erwähnten familiären spasmodischen Paraplegie der von Nonne beschriebenen Uebergangs- und gemischten Formen zwischen cerebellarer und spinaler Ataxie. In weit ausgedehnterem Maasse als in allen diesen Fällen, meint Verf., müsse in seinem das Nervensystem erkrankt sein; es könne sich in ihm nur um eine fehlerhafte Bildung nicht eines individuellen Theiles desselben (wie z. B. bestimmter Bezirke des Rückenmarks und Kleinhirns), sondern des gesammten cerebrospinalen und sympathetischen Nervensystems handle.

Voigt.

---

276) **Sidney J. Small** (Saginow, Mich.): Friedreich's Ataxia, with cases. (The Medic. Record, 20. Juli 1895.)

Die 4 berichteten Fälle bieten nichts Besonderes; in keinem bestand „besonders hervorstechender Nystagmus", Schmerz, Anästhesie oder Gürtel-

gefühl, in allen eine Neigung der Daumen zu Hyper-Extension, in dreien geringe Atrophie der Sehnerven. Voigt.

277) **Jellinek:** Ueber das Verhalten des Kleinhirns bei Tabes dorsalis.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 6, XIII.)

J. untersuchte das Kleinhirn von 6 Menschen, die an Tabes gelitten hatten und fand am corpus dentatum und den Endbäumchen der Kleinhirnhemisphären folgende pathologische Veränderungen:

1. Schrumpfung der Ganglienzellen im Corpus dentatum. Dabei haben die Zellen ihre Form verändert, die am meisten geschrumpften erscheinen länglich, spindelförmig, dreieckig. In den stärker degenerirten Zellen ist meistens Hyperpigmentation vorhanden.
2. Mehr oder minder ausgesprochener Schwund der Gefässe des Corpus dentatum, und zwar erscheinen jene Stellen besonders gefässarm, wo auch die Degeneration der Zellen eine vorgeschrittene ist.
3. Mehr oder weniger ausgesprochener Schwund der das Corp. dentatum durchziehenden Markfasern.
4. Mehr oder minder ausgesprochener Schwund der feinen und feinsten Fäserchen in den Hemisphärenläppchen (Associationsfasern), fallweise auch Beeinträchtigung der Radiärfasern.

Dauber (Würzburg).

278) **Fred Tresilian:** A case of unilateral complete ophthalmoplegia.
(Brain. Summer-Autumn 1895.)

Ein 43jähriger Mann, der 8 Jahre vorher Schanker, Halsgeschwüre und Hautaffection gehabt hatte, kam mit einem grossen Geschwür auf dem Schädel und zwei kleineren Geschwüren auf der linken Fusssohle in klinische Behandlung wegen einer Lähmung des musc. externus des rechten Auges. Er klagte gleichzeitig über Schmerz in der rechten Schläfe und rings um das rechte Auge herum, der sich besonders Nachts steigerte. Ferner litt er an zeitweisem Erbrechen. Nach einigen Tagen kam Ptosis hinzu und entwickelte sich sehr schnell eine Lähmung sämmtlicher Augenmuskeln des rechten Bulbus, so dass dies Auge völlig unbeweglich war. Dabei war die Pupille kleiner als auf der anderen Seite und reagirte schwächer auf Lichteinfall. Später entstand etwas Episcleritis. Die Sehnervenpapille war normal. Der Pupillarlichtreflex und die Accomodation gingen verloren; die Sehschärfe sank bis auf Fingerzählen. Dann trat Besserung ein auf innere Gaben von Jodkali. T. nimmt an, es habe sich um ein Gumma an der hinteren Seite der Orbita in der Gegend der fissura sphenoidalis gehandelt, welches alle Augenmuskeln befiel.

Wichmann.

279) **Cassirer:** Ein Fall cerebraler Kinderlähmung. — Vortrag in der Berl. medic. Gesellsch. 29.|I. 1896.
(Berl. klin. Wochenschr. 1896.)

Bei dem 4jährigen Knaben entwickelte sich October 1893 im Anschluss an Keuchhusten unter Fieber, Erbrechen und Krämpfen eine vorzugsweise die linke Körperhälfte betreffende Lähmung mit Sprachverlust und Schluckbeschwerden. Während in den nächsten Wochen die Sprach- und Schluck-

störungen schwanden und die Beweglichkeit der linken Seite sich erheblich besserte, entwickelte sich die zuerst nur angedeutete rechtsseitige Lähmung zur völligen Hemiplegia spastica dextra, deren Erscheinungen der Knabe bei der Vorstellung noch bot. In letzter Zeit stellten sich auf der gelähmten Körperhälfte unwillkürliche Bewegungen ein, die besonders bei gemüthlichen Erregungen sehr heftig und schleudernd werden, im Uebrigen bei willkürlichen Bewegungen in der Form von Mitbewegungen auftreten.

Hoppe.

---

280) **Muratoff:** Zur Kenntniss der verschiedenen Formen der diplegischen Paralyse im Kindesalter.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 7, V.)

M. beobachtete 6 einschlägige Fälle, von denen 2 zur Obduction kamen und von ihm untersucht wurden.

Neben Idiotie, starrer fast allgemeiner Lähmung, gesteigerten oder mindestens lebhaften Sehnenreflexen etc. war Muskelatrophie vorhanden.

Im ersten Fall fand M. eine erworbene Encephalitis in beiden Hemisphären (Centralwindungen) mit allen secundären Veränderungen (secundäre absteigende Degeneration der motorischen Bahnen), wie sie dem Erwachsenen eigen sind. Dementsprechend waren im Leben neben den Ausfallssymptomen grobe Reizungserscheinungen vorhanden.

Im zweiten Falle war ein intrauterines Leiden, ein abgeschlossener Entzündungsprocess und consecutive, schleichende Atrophie der Rindenzellen vorhanden (Verkümmerung und Atrophie der beiden Centralwindungen und Paracentralläppchen) mit einer eigenartigen Entwicklungsstörung der Pyramidenbahnen (einfache Atrophie der Fasern)

Die vorhandene Muskelatrophie macht M. von der Degeneration der Vorderhornzellen abhängig, dagegen berücksichtigt er das höchst eigenartige Verhalten der Sehnenreflexe (Steigerung bei Läsion des peripheren Neurons! Ref.) nicht genügend. Höchstens wäre die Vermuthung nach Ansicht des Referenten gerechtfertigt, dass, da lange nicht alle Vorderhornzellen zerstört waren, gerade die von dem Zerstörungs- oder Atrophirungsprocess ausgespart blieben, welche beim Kniephänomen den Reiz von der sensiblen auf die motorische Bahn überleiten, eine Annahme, die dadurch, dass im Lendenmark wenig zu Grunde gegangene Ganglienzellen in den Vorderhörnern gefunden wurden, an Wahrscheinlichkeit gewinnt. Dann kann aber von den Beinen keine von der Spinalerkrankung abhängige Muskelatrophie vorhanden gewesen sein. Jedenfalls sind diese Beobachtungen nicht genau genug, um sichere Schlüsse zu erlauben.

Dauber.

---

281) **Stein:** Beitrag zur Aetiologie der Gehirnblutungen.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenkrankheiten, Bd. 7, XII.)

St. untersuchte bei 6 an Apoplexie gestorbenen Menschen das Gehirn und kam zu folgenden zusammenfassenden Schlüssen:

1. Gehirnblutungen werden meistens durch Erkrankungen der Gehirnarterien hervorgerufen, wobei für das Entstehen der Ruptur der Gefässwand ihr Elasticitätsverlust das Wichtigste ist.
2. Typische Miliaraneurysmen kommen seltener vor, als bisher angenommen,

spielen daher bei Gehirnblutungen nicht die grosse Rolle, die ihnen früher zugeschrieben wurde.

3. Wichtig für die Aetiologie der Apoplexien sind Atheromatose und die luetische Erkrankung der Gehirnarterien.

Betreffs der den Eintritt der Apoplexien direct bedingenden Momente neigt St. sich der Ansicht zu, dass mechanisch wirkende Momente, wie Bücken, Husten, Niesen öfter als man früher meinte, die Katastrophe herbeiführen, da man in vielen Fallen an den Gefässen gar keine Structurveränderung finde, oder doch nur so geringfügige, dass diese allein für das Zustandekommen der Blutung nicht für hinreichend erachtet werden können.

Dauber.

282) **Howard D. Fisher:** Two specimens of brain tumor, with remarks on the difficulty of diagnosis.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1896, Nr. 3. S. 196.)

1. 12jähriger Knabe zieht sich ein Kopftrauma zu, das von leichten epileptischen Anfällen während der Kindheit gefolgt war. Im 52. Jahre ein gleicher Unfall auf der linken Kopfhälfte, 2 Jahre später stellten sich bestimmt localisirte convulsive Anfälle der linken Körperhälfte ein, die mit Taubheitsgefühl in der linken Hand begannen. Dieselben wiederholten sich alle 2 – 3 Wochen. Feststellen liessen sich leichter Verlust des Muskelsinnes, etwas Ataxie der linken Hand, leichte linksseitige Parese, jedoch stets nur für einige wenige Tage nach dem Anfall, erhöhte Reflexe, besonders linksseitig erhöhter Patellarreflex, keine Neuritis optica, keine Kopfschmerzen, überhaupt keine Schmerzen. — Trepanation: es wurden Adhäsionen zwischen Dura und Schädeldecke gefunden. Darauf blieben die Anfälle für ein Vierteljahr aus, kehrten dann jedoch wieder. Zweite Trepanation wegen der diagnosticirten Pachymeningitis. Tod in Folge von Blutverlust und Shok (56 Jahre alt). Die Section ergab das Vorhandensein eines grossen Sarcoms, das das Bein- und einen Theil des Armcentrums eingenommen und sich ein beträchtliches Stück nach hinten in den Parietallappen ausgebreitet hatte.

2. Ein 18jähriger junger Mann klagte seit 2 Jahren über beständigen Kopfschmerz, unsicheren schwankenden Gang (indessen nicht nach einer bestimmten Richtung hin), seit 1 Jahre über Abnahme der Sehkraft, die schliesslich in Erblindung überging. Neuritis optica und Sehnervenatrophie, ganz leichte Facialislähmung, Sensibilitätsverlust auf der linken Seite, psychisch keine Abnormität. Erbrechen hatte sich nur zweimal in grossen Zwischenräumen gezeigt. Keine Convulsionen bis dahin. 2 – 3 Tage vor dem Tode stellten sich solche zusammen mit Erbrechen in sehr heftiger Weise ein. Tod im Coma. — Section ergab das Vorhandensein einer Cyste (Gliom) in der linken Kleinhirnhälfte. Die Diagnose war auf linksseitigen Cerebellartumor bei Lebzeiten gestellt worden.

Buschan.

b) *Diagnostik und Untersuchungsmethoden:*

283) **R. Sommer:** Das Kniephänomen bei Aequilibrirung des Unterschenkels.

(Jahrbücher für Psychiatrie, Band XII, H. 3)

Sommer prüft eine neue Methode zur Prüfung des Kniephänomens bei „Aequilibrirung des Unterschenkels“. Er bediente sich bei seinen

Untersuchungen eines Apparats, den Prof. Rieger ersonnen hatte, um Muskelzustände am lebenden Menschen zu studiren. Die Methode besteht im Principe darin, dass die Eigenschwere des Unterschenkels durch Aequilibrirung bei beliebiger Winkelstellung des Kniees aufgehoben werden kann. Die zu untersuchende Person wird auf ein flaches Gestell gelagert, so dass die Kniee über den unteren Rand hervorragen. Die Kniekehle des einen Beines ruht in einer halbkreisförmigen, nach oben offenen gepolsterten Stütze, so dass der Oberschenkel festliegt, während der Unterschenkel dem Gewichte folgend herabhängt. Ueber den Malleolen ist eine Ledermanschette angebracht, an welcher oben eine Schnur angreift. Die Schnur gleitet an der Decke des Zimmers über eine Rolle mit minimaler Reibung. Auf der anderen Seite ist ein Kabel befestigt, welches die Gegengewichte aufnimmt. Zwischen der Rolle und dem äquilibrirenden Gewichte ist rechtwinklig zu dieser Verticalen das Ende des längeren Armes eines zweiarmigen Hebels eingeschaltet, welcher sich um ein feststehendes Stativ bewegt. Am Ende des Statives befindet sich ein Schreibhebel, der alle verticalen Bewegungen des Endpunktes des langen Hebelarmes verkleinert (10fach) auf eine rotirende Trommel überträgt. — Mit Hilfe dieser Versuchsanordnung lassen sich Eigenschaften der Quadricepssehne studiren, die sonst durch die Schwere des Unterschenkels „erdrückt" werden. So scheint es, dass der Quadricepssehnenreflex einen Vorgang darstellt, der dem Fussclonus ganz analog ist, d. h. es handelt sich um eine abwechselnde reflectorische Innervation antagonistischer Muskeln, nicht um einen einfachen Reflex. Ferner lassen sich mit dieser Methode, selbst bei scheinbar aufgehobenem Kniephänomen, noch Reactionen erzielen, welche sonst durch die Schwere des Unterschenkels wirkungslos gemacht werden, was für die Differentialdiagnose einer paralytischen Geistesstörung von grösster Bedeutung sein kann.

Behr.

---

284) **R. Hirschberg:** Sur un phénomène plantaire chez les tabétiques.
(Revue neurologique, Nr. 19, 1895.)

H. beobachtete bei einer Anzahl von Tabetischen eine eigenthümliche Hyperästhesie, resp. Hyperalgesie der Planta pedis, die, wie er glaubt, von den klassischen Autoren noch nicht beschrieben ist und nach seiner Ansicht in einer gewissen Periode der Tabes constant vorkommt. Streicht man mit dem Daumennagel rasch über die Fusssohle, so entsteht ein sehr heftiger Schmerz, der mitunter mehrere Minuten anhält; man findet diese Erscheinung sowohl bei den Tabetischen, bei welchen keine Störungen der tactilen Sensibilität an den Fusssohlen vorhanden sind, als bei solchen, bei welchen tactile Anästhesie an diesen Theilen besteht. Bei Verlangsamung der Schmerzleitung stellt sich der Schmerz erst eine Anzahl von Secunden nach Einwirkung des Reizes ein. H. glaubt, dass das Symptom einen diagnostischen Werth erlangen könnte, wenn es sich in den Anfangsstadien der Tabes nachweisen liesse, weil er dasselbe bisher bei einer Menge anderer Nervenkrankheiten nicht finden konnte.

L. Löwenfeld.

---

285) **Arthur Sarbó** (Budapest): Analgesie des Ulnarisstammes (Biernacki) und des Peroneusstammes als Tabessymptome.

(Neurol. Centralbl. 1896, Nr. 8.)

Da der N peroneus am Capitulum fibulæ ähnlich günstig und oberflächlich verläuft wie der N. ulnaris, hat S. sich entschlossen, diesen Nerven auch zur Untersuchung heranzuziehen Der Mittelfinger wird hinter den Capit. fibulæ gelegt und mit Hilfe der an der Vorderseite des Unterschenkels angebrachten Daumenpressung der Druck ausgeübt Bei Gesunden und auch bei den verschiedensten Nervenkrankheiten (Hemiplegie, Sclerosis multiplex, Sclerosis lateralis, Syringomyelie, Hysterie, neurotische und spinale progressive Muskelatrophie, Facialislähmung, Little'scher Krankheit etc.) erfolgt sowohl für den Ulnaris als den Peroneus ausnahmslos die Schmerzreaction. Von 15 (10 m 5 w.) Tabesfällen dagegen zeigten 6 beiderseitige Ulnaris- als Peroneusanalgesie, 11 doppelseitige Ulnarisanalgesie, 6 doppelseitige Peroneusanalgesie, 5 halbseitige Peroneusanalgesie; nur in einem Fall war sowohl das Ulnaris- als das Peroneussymptom erhalten in 2 weiteren war das Schmerzgefühl nur herabgesetzt. Bei den 10 männlichen Tabikern fehlten durchgehends die Ulnaris- und Peroneussymptome, während bei den 5 weiblichen Tabesfällen dies nur ausnahmsweise der Fall war.

Hoppe.

---

286) **O. Swolfs** (Bruxelles): A propos d'un cas d'hystérie infantile avec méningite tuberculeuse post-grippale

(Journal de neurol. et d'hypnol. 1896, Bd. 1, S. 176.)

14jähriges Mädchen von schwächlicher Constitution, die die Anzeichen eines phthisischen Habitus verräth, erkrankt zur Zeit einer Influenzaepidemie an den Erscheinungen dieser Krankheit (Temperatur 40,2^{0}, starke Kopfschmerzen, Rachialgie und Schmerzen in den Extremitäten, Appetitlosigkeit, angehaltener Stuhl). Am anderen Morgen war die Temperatur normal. Am Nachmittage des dritten Tages wird das Kind von einer regelrechten Krise der grossen Hysterie (Clownismus) befallen, der unmittelbar eine vollständige Lähmung des linken Armes und Beines, des Larynx und der Zunge mit vollständiger Anästhesie in den gelähmten Gliedern und Hyperästhesie der entgegengesetzten Seite folgten. Dieser hysterische Anfall fiel mit der menstruellen Periode zusammen. Nach zwei faradischen Sitzungen des Larynx und der Extremitäten kehrte die Stimme wieder und die Lähmung begann sich zu lösen. Der Kopfdruck dagegen, der an Intensität zugenommen hatte, liess damals schon an eine Meningitis denken. Temperatur 38,5, morgendliche Remissionen. Puls normal, Bauch nicht aufgetrieben oder eingezogen. Calomel und Bromkali verordnet. 2 Tage später war das Krankheitsbild der tuberculösen Meningitis ausgebildet. Trismus, Strabismus, Ungleichheit der Pupillen, zunächst gesteigerte, dann herabgesetzte Sehnenreflexe, hartnäckige Verstopfung, Schlaflosigkeit, Contracturen, Unregelmässigkeit des Pulses etc.

Verf. ventilirt sodann die Frage nach dem inneren Zusammenhang zwischen den 3 Krankheitsbildern, die in dem vorstehenden Falle vorliegen. Dass Influenza mit ganz besonderer Vorliebe das Nervensystem in Mitleidenschaft zieht, wird durch zahlreiche Beobachtungen bewiesen. Unter Anderem kann auch Hysterie im Anschluss an Influenza sich ausbilden,

wenn eine Disposition gerade für dieses Leiden vorliegt. Denn neben der Hysterie auf hereditärer Basis giebt es auch eine toxische Form. Nun hat man aber auch einen hysterischen Symptomencomplex beobachtet, der eine acute Meningitis vortäuscht. Es ist dies der „méningisme" der französischen Autoren. — Verf. bringt für alle diese Möglichkeiten Beobachtungen herbei, entschliesst sich aber zu keinem Urtheil in dem vorliegenden Falle.

Buschan.

---

287) **A. Jacqueau:** Un cas de grande hystérie avec phénomènes pseudoméningitique.

(Lyon méd. 1895, Nr. 6, Feb. 9)

Eine 20j. Kranke, die eine Reihe hysterischer Stigmata darbietet und stark (zeitweilig mehrere Male täglich) an schweren hysterischen Anfällen leidet, verfällt eines Tages in eine Art von meningitischem Coma, das 4 Tage lang anhielt. Während dieser Zeit zeigte dieselbe folgendes Krankheitsbild: Unfähigkeit zu schlucken, exquisite Nackenstarre, Temperatur im Anfange 39°, dann 37,6—37,9, reichliche Schweisse, niemals Erbrechen. Die Respirationsfrequenz zeigte grosse Schwankungen, bald 100, bald 40 Athemzüge, war häufig unregelmässig. Der Puls variirte zwischen 104 und 110 Schlägen, war aber sonst regelmässig. Während der ganzen Zeit lag die Kranke vollständig bewusstlos da und gab nur zeitweilig kurze Schreie von sich. Nahrung musste ihr durch Sonde beigebracht werden.

Nach dem Aufhören dieses pseudomeningitischen Zustandes setzten die Krisen während der nächsten 3 Wochen aus, um dann mit erhöhter Heftigkeit wiederzukehren.

Interessant war die Kranke ferner noch dadurch, dass Hypnose (Halbschlaf) eine bedeutende Besserung in ihrem Befinden (unmittelbar nachher Verschwinden der hysterogenen Zonen, Aufhören der Krisen, Wiederkehr der normalen Sensibilität, des Geruchs und Gehörs, Erweiterung des Gesichtsfeldes) jedesmal herbeiführte, jedoch immer nur für kurze Zeit.

Buschan.

---

288) **Spehl** und **F. Sano:** La résistance électrique du corps humain.

(Journ. de neurol. et d'hypnol. 1896, Bd. 1, S. 72.)

Den bisherigen Methoden der electrischen Widerstandsbestimmung hafteten mancherlei Mängel (verschiedene grosse Electroden, mehr oder minder starke Luftschicht zwischen der Hautoberfläche und der Electrode, verschiedene Auffassungsunfähigkeit der Electroden für Wasser) an, die unzuverlässige Resultate ergeben musste. Um diese Irrthümer zu vermeiden, liessen die Verfasser die Hände der zu Untersuchenden bis zum Handgelenk in Becken tauchen, die mit 10% Kochsalzlösung angefüllt waren und als Electrode mit der Batterie in Verbindung standen; ausserdem benutzten sie ein von E. Fréry in Brüssel construirtes Differentialgalvanometer (in seinen Einzelheiten beschrieben).

Sie kamen dabei zu folgenden überraschenden Resultaten:

1. Ganz verschiedene Zustände, ganz gleich, ob normal oder pathologisch, können die gleiche Anzahl Widerstände aufweisen. So fanden die Verfasser an den von ihnen untersuchten Hysterischen im Durchschnitt 1870, 1700, 1600, 1500, 1500, 1500, 1450, 1400, 1350, 1300 und

1256 Ohms; an Melancholischen 1800, 1700 und 1300 Ohms. Bei einer Hysterischen beliefen sich die Extreme auf 1900 und 970 Ohms.

2. Während gewisse Personen eine absolute Beständigkeit in ihrem Verhalten gegen den galvanischen Strom darbieten, zeigen andere wieder sowohl normale als auch pathologische beträchtliche Schwankungen, selbst innerhalb eines und desselben Tages.

3. Gleiche Affectionen können ganz verschiedene Zahlen bei verschiedenen Individuen und bei demselben Individuum aufweisen. So fanden die beiden Verfasser bei

Anämie	im Durchschnitt	2100 — 2000 — 1400,
Epilepsie	„ „	1833 — 1500 — 1300,
Neurasthenie	„ „	1800 — 1600 — 1300 — 1200.
Tabes	„ „	4073 — 1600,
Hysterie	„ „	1870 — 1600 — 1500 — 1400 etc.,
Basedow'scher Krankheit	„ „	1500 — 1400 — 1300 Ohms.

Im Anschluss hieran gebe ich noch einige Zahlen für Nervenkrankheiten und andere Leiden wieder.

Akromegalie (1 Fall) 2100; progressive Muskelatrophie (1) 1400; Hemiplegie (3) 1833; Railway-spine (3) 1483; Paralysis agitans (1) 1152; multiple Sclerose (1) 1750); Tabes (3) 2668; Thomsen'sche Krankheit (1) 1386; hereditäres Zittern (1) 1770. — Anämie (3) 1833; Arthritis (1) 1800; Bronchitis (1) 1300; Lebercirrhose (2) 1700); Herzaffectionen (2) 1440; Nephritis (3) 1400 Ohms. Für 34 gesunde Männer fanden die Verfasser im Mittel 1337 (Grenzwerthe 700 und 1900), für 5 Frauen 1358 (1120 und 1700) Ohms. Alter, Körpergewicht, Körpergrösse und Temperatur liessen keine bestimmten Gesetze herausfinden.

Die Factoren, die den Widerstand des Körpers gegen den galvanischen Strom beeinflussen, sind keineswegs Veränderungen anatomischer oder pathologisch-anatomischer Natur. Auch Circulationsverhältnisse sind auszuschliessen. Wie weit der functionelle Zustand der Nerven hierbei in Betracht kommt, lässt sich nicht entscheiden, so lange über diesen Begriff noch Unklarheit herrscht. Dagegen sind die Verfasser davon überzeugt, dass der allgemeine Ernährungszustand, die Ernährung der Gewebe (chemische Veränderungen, Gehalt von Kochsalz) eine Hauptrolle in den Schwankungen und Variationen des electrischen Leitungswiderstandes spielen muss.

Buschan.

---

289) **Bernhard Bernstein** (Wien): Eine neue Strom-Electrode, zugleich Schliessungs- und Unterbrechungselectrode.

(Neurol. Centralbl. 1896, Nr. 7.)

B. beschreibt einen neuen einfachen Electrodengriff, welcher derart gebaut ist, dass der Strom durch eine im Inneren des Griffes verborgene einfache Vorrichtung mit gesichertem metallischem Contact auf eine bequeme Weise gewendet, geschlossen und geöffnet werden kann, wobei am Griff selbst das Geschehene abzulesen ist.

Hoppe.



290) **M. Bernhardt** (Berlin): Ueber die sogenannte Verschiebung der motorischen Punkte als ein neues Symptom der Entartungsreaction. (W. Salomonson.)

(Berliner klinische Wochenschrift 1896, Nr. 4.)

B. macht darauf aufmerksam, dass das von Salomonson im Weekblad von het Niderlandsch Tijdschrift vor Geneeskunde als neu beschriebene Symptom der Entartungsreaction, welches in einer Ortsverschiebung der motorischen Punkte der gelähmten und entarteten Muskeln besteht (und zwar fast immer nach der Richtung der Muskelinsertion hin) schon von Remak 1876 in seiner Arbeit: „Zur Pathogenese der Bleilähmungen" beschrieben worden ist. Nach B, dem das Symptom auch längst bekannt war, erklärt sich dasselbe dadurch, dass die Muskeln nach ihrer Muskelinsertion, nach der Peripherie zu an Querschnitt zunehmen, und da die Stromdichte umgekehrt proportional dem Querschnitt ist, an der Peripherie am leichtesten zu erregen sind. B. hält demnach auch den Ausdruck „Verschiebungstypus des motorischen Punktes" für schlecht gewählt, da der motorische Punkt der Eintrittsstelle der Nerven, welche allerdings sonst am leichtesten auf electrische Reizungen reagirt, auch bei erkrankten Muskeln an seinem Platze bleibt und letztere nur weiter abwärts leichter zu erregen ist.

Hoppe.

---

c) *Rückenmark und Bulbus.*

291) **Lapinsky**: Ueber 2 Fälle von „spastischer Spinalparalyse".

(Zeitschrift für klinische Medicin. Bd. 28, p. 362 ff,)

Verf. theilt 2 Krankengeschichten mit, die nicht nur im Beginne, sondern noch in den letzten Stadien das reine Bild der spastischen Spinalparalyse boten, indem die von demselben abweichenden Erscheinungen (Blasenschwäche, Gefühlsstörungen) von durchaus passagerem Bestande waren und sich sehr bald wieder zurückbildeten. Pathologisch anatomisch fand sich beide Male multiple Sclerose.

In der Casuistik finden sich viele Fälle, die das Bild der spastischen Spinalparalyse bieten, aber bedingt sind durch multiple Sclerose oder durch Trauma oder Geschwulst der Wirbelsäule, Rückenmarkshäute oder auch des Rückenmarks selbst; ferner kann das Bild vorhanden sein bei intacten Pyramidenbahnen, bei secundärer Degeneration der Pyramidenbahn, bei Erkrankung mehrerer Strangsysteme mit und ohne Betheiligung der grauen Substanz, bei Degeneration der Pyramidenbahn und der Vorderhornzellen, bei diffusen, das Rückenmark unregelmässig befallenden und von der Pia oder den Wandungen der Gefässe ausgehenden Processe und endlich bei Fällen mit toxischer resp. infectiöser Aetiologie.

Pathologisch-anatomisch konnte L. im ersten Falle eine sehr feine Faserung der Markscheiden wahrnehmen. Je näher die Nervenfasern am Herde lagen, um so deutlicher war diese Auffaserung, die die ganze Myelinscheide in feine Fäserchen verwandeln kann. Dabei waren die Neurogliafasern gar nicht oder nur sehr wenig vermehrt. L. konnte an diesem Falle sehen, dass sich die sclerotischen Elemente nicht aus der Neuroglia, sondern aus der Myelinscheide entwickelten.

Im zweiten Falle waren hauptsächlich secundäre Degenerationen nach oben und unten von den Herden bemerkenswerth, und zwar erstreckte sich

diese Degeneration auffallender Weise nicht auf ganze Bündel, welche nach oben und unten von einem Herde getroffen wurden, sondern nur auf einzelne Nervenfasern. L. überzeugte sich, dass diese Veränderungen in den frischen Herden auch primär entstehen können. Dabei beginnt der Process in den Axencylindern, die varicös, leicht körnig werden, in der Querrichtung zerreissen und, indem sie dadurch am Ende frei werden, kürzer werden, mit ihren freien Enden grosse und kleine Bogen bilden und sich hakenförmig zusammenrollen. Die Myelinscheide bleibt dabei noch erhalten.

Ob auch Regeneration der zu Grunde gegangenen Axencylinder vorkommt, dies zu beantworten behält sich L. für eine weitere Abhandlung vor.

Dauber.

---

292) **Ch. Schaffer:** Sur l'origine de l'amyotrophie tabétique.
(Revue neurologique 1896, Nr. 4.)

Ueber den Ausgangspunst der tabischen Amyotrophien sind die Ansichten getheilt. Während eine Anzahl Autoren, unter diesen insbesondere Déjérine, dieselben von degenerativen Veränderungen der peripheren Nerven abhängig erachtet, nehmen Andere (Charcot, Pierret, Leyden u. A.) einen centralen Ursprung an. Der Verfasser führt diese Meinungsverschiedenheiten auf die Anwendung unzulänglicher Methoden bei der Untersuchung des Rückenmarkes zurück. Er untersuchte in einem Falle fortgeschrittener Tabes, in welchem die Mm. peronei links, wie es scheint, gelähmt waren, das Rückenmark mit Nissl'scher Färbung, wobei sich folgende Veränderungen ergaben:

Zahlreiche Zellen im Vorderhorn des Lendenmarkes ohne typische Localisation zeigen nicht die normale stichochrome Structur. In einer Reihe von Zellen sind die chromatischen Spindeln in kleine Körnchen zerfallen. Bei weiterem Fortschreiten dieser Disagregation sind die chromatischen Spindeln an der Peripherie der Zelle in Zerfall, während das Centrum oder die perinucleare Partie, wo die chromatische Substanz zu fehlen scheint, eine diffuse und intensive Färbung zeigt, welche von der Durchsetzung des Protoplasmas mit kleinsten Chromatinkörnchen herrührt. Wenn die Zelle bereits erhebliche Alterationen aufweist, zeigen die chromatischen Spindeln der protoplasmatischen Fortsätze noch ein ganz normales Aussehen. Diese verändern sich erst, wenn die Zelle ihre steifige Structur verloren hat. Die chromatischen Spindeln zerfallen in kleine Körnchen, welche allmählig blässer werden und schliesslich ganz verschwinden, wodurch der Fortsatz zu einem farblosen hyalinen Band wird. Die chromatische Substanz des Protoplasmas erfährt analoge Veränderungen.

Die Vorderhornzellen im Cervicalmark waren fast ausnahmslos normal.

Auf Grund dieser Beobachtung erklärt sich Sch. für die Annahme, dass die tabetische Amyotrophie von einer primären Affection der Vorderhornzellen abhängt. Die Veränderungen in den Muskeln und peripheren Nerven erklärt er durch Zuhilfenahme der Erb'schen Hypothese, nach welcher die Abnahme der trophischen Leistungen der Vorderhornzellen sich zunächst an den periphersten Abschnitten, bei weiterer Zunahme der Zellaffectionen auch in den Nervenstämmen und -Wurzeln bemerklich macht. Die Affection der Vorderhornzellen ist nach Sch. auf den Untergang der diese mit ihren Verzweigungen umgebenden Hinterwurzeln Collateralen

zurückzuführen, wodurch eine wichtige Erregungsquelle für die Vorderhornzellen verloren geht. L. Löwenfeld.

---

293) **F. W. Mott:** A case of amyotrophic lateral sclerosis with degeneration of the motor path from the cortex to the periphery.

(Brain. Part LXIX. Spring 1895.)

Der Fall betrifft eine 39jährige Frau, die ein Jahr lang krank war. Beginn des Leidens mit Schwäche und Taubsein im rechten Bein, die allmählich zunehmen. Dann tritt Atrophie der Muskeln ein; Sehnenreflexe gesteigert. Darauf Affection des rechten Armes, Atrophie des Daumen- und Kleinfingerballens und der M. interossei. Etwas später wird das linke Bein befallen; darnach der linke Arm und der Rumpf. Schliesslich treten Bulbärsymptome auf und wahrscheinlich auch eine Zwerchfelllähmung. Die microscopische Untersuchung des Gehirns zeigt an gefärbten Schnitten der Rinde, dass zahlreiche Nervenfasern geschwunden und degenerirt sind; dass die langen Pyramidenzellen fehlen. Auch im hinteren Theil der inneren Kapsel sind degenerirte Fasern gefunden. Ferner degenerirt ist das ganze mittlere Drittel des Hirnschenkels. Die Pyramidenbahn im Pons ist degenerirt und sclerosirt; ebenso im verlängerten Mark. Anscheinend ist im Rückenmark auch die ventrale Kleinhirnbahn degenerirt. Die Kerne des Hypoglossus, Facialis und Accessorius sind degenerirt; Atrophie der Vordersäulen im Rückenmark, Degeneration der Pyramidenbahn. Von den Nerven sind Phrenicus, Vagus, Ulnaris, Medianus und Ischiadicus untersucht und stark degenerirt gefunden. Wichmann.

---

294) **J. Collins** (New-York): A contribution to the pathology and morbid anatomy of amyotrophic lateral sclerosis, with a report of two cases with autopsy, in one of which, observed by Dr. C. L. Dana, a terminal tubercular cervical myelitis and perforating necrosis of the dorsal cord was found.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1895. Nov.)

Die Anzahl der Fälle von amyotrophischer Lateralsclerose mit Sectionsbefund ist eine viel geringere, als man glaubt. Verf. hat deren 72 aus der Litteratur zusammengetragen und vermehrt die Casuistik um zwei neue Beobachtungen.

Die erste betrifft einen Mann von 33 Jahren. Die Autopsie ergab eine Atrophie der Ganglienzellen durch das Rückenmark. Im Cervical- und Dorsaltheil die Anzeichen einer excessiven Vascularität in Gestalt stark verdickter Blutgefässe, speciell in der grauen Substanz. In dem Halsmark, entsprechend der Stelle der deutlichen Erweichung im frischen Zustande, fand sich eine grosse Veränderung der Grundsubstanz der Vorderhörner. In der Medulla fand sich eine Degeneration des Hypoglossuskernes in seiner ganzen Ausdehnung mit Ausnahme seines äussersten Cephalendes; eine leichte Degeneration in dem Kerne des zehnten Nerven und dem gemeinsamen für Vagus, Accessorius und Glossopharyngeus. Keine Degeneration der Pyramiden in der Medulla. Wurzel des 12. Nerven klein und schwach entwickelt. Bei Marchi- oder Weigert-Färbung ebenfalls keine Degeneration der motorischen Stränge vom Ende der Medulla bis zur Rinde. Nissl's Färbung zeigt normalen Befund der Rindenzellen.

Der zweite Fall betrifft einen 48jährigen Mann. Das Rückenmark fand sich bei der Section im Bereiche der oberen Dorsalregion erweicht. Die Untersuchung eines Stückes des Halstheiles mittelst Plattencultur ergab das Vorhandensein von Tuberkelbacillen. In der Cervicalregion Degeneration der gekreuzten und directen Pyramidenstränge mit ziemlich vollständiger Zerstörung der Vorderhörner. In der Dorsalregion Sclerosis der gekreuzten Pyramidenbahnen, leichte Sclerosis der aufsteigenden Kleinhirnbahn, diffuse Vertheilung erweiterter Blutgefässe, darunter einige mit stark verdickter Wand. Es fand sich ferner eine bedeutende Atrophie der Zellen der Vorderhörner, dieselbe Degeneration im Lumbar- und Sacraltheil wie im Dorsaltheile, aber in geringerem Grade. In der Medulla atrophische Veränderungen im Kern des 12. Nerven. Hämorrhagien alten Datums in der Dorsalregion.

Die beiden Fälle werden ausführlich beschrieben.

Buschan.

---

295) **F. Müller** und **Meder:** Ein Beitrag zur Kenntniss der Syringomyelie. (Zeitschrift für klinische Medicin, Bd. 28, p. 117 ff.)

Bei einem 43jährigen Manne begann die Krankheit vor 11 Jahren nach vorausgegangenem Schwächegefühl mit Kribbeln und Reissen und darauf folgender vollständiger Lähmung der Arme und Beine, die nach Monaten in den Armen ganz, in den Beinen unvollständig wieder verschwand. Vor 8 Jahren trat eine Verkrümmung der Wirbelsäule auf, seit einigen Jahren Heiserkeit, bedingt durch totale linksseitige Stimmbandlähmung. Eine Verschlimmerung trat etwa $1^3/_4$ Jahre vor dem Tode ein, indem der Kranke von heftigsten Schmerzen in den Beinen, Gürtelgefühl, Krämpfen in den Streckmuskeln des Oberschenkels befallen wurde. Gleichzeitig stellten sich tabische Symptome ein (Romberg, Unsicherheit des Muskelgefühls, Fehlen der Patellarreflexe, leichte Ataxie der Beine, Erschwerung des Gehens), die nach einigen Wochen wieder verschwanden. Auch die Sensibilität, die von Nabelhöhe abwärts für alle Qualitäten, besonders für Schmerz- und Temperaturempfindung gestört war, stellte sich nach dem Abklingen der Schmerzen bis auf geringe Störungen an den Unterschenkeln wieder her. Ebenso machte sich am linken Arme eine Empfindungsstörung bemerkbar, welche die Schulter und den Oberarm im oberen Drittel und den Unterarm einnahm, während die zwei unteren Drittel des Oberarms frei blieben. Bei der Obduction des an Phthise gestorbenen Mannes fand sich im Rückenmark nichts zu Erklärung der tabischen Symptome Verwerthbares. Dagegen fand sich eine in der hinteren Hälfte des Marks liegende Höhle, die theils den Centralkanal in sich aufnehmend, theils hinter ihm liegend von den I. Cervicalnerven bis zur Höhe der II. Dorsalnerven reichte. Gliawucherung trat pathologisch-anatomisch sehr in den Hintergrund und es zeigte sich mehr eine einfache regressive Metamorphose. Diese Verquellungs- und Erweichungsprocesse standen offenbar im Zusammenhang mit der Degeneration der Gefässe. Betheiligt war an dem Zerfall ganz überwiegend die graue Substanz, die an manchen Stellen (Halsmark) bis auf geringe Reste verschwunden war. Da nun auch in der umgebenden weissen Substanz die Gefässveränderungen sehr starke waren, nahmen die Verfasser an, dass unter dem Einflusse mangelnder Blutzufuhr die graue

Substanz leichter abstirbt als die weisse. Weiter schliessen die Verfasser aus dem vorliegenden Befunde, dass die bei Syringomyelie ausserordentlich häufigen Gefässveränderungen nicht secundär von der Gliawucherung abhängig sind, sondern eine selbstständige mit der letzteren gleichberechtigte Erscheinung bilden, ebenso wie die meningitischen Verdickungen, die im vorliegenden Falle über den grössten Theil des Rückenmarkes ausgebreitet waren.

Dauber.

296) Prof. **Johann Prus** (Lemberg): Die Morvan'sche Krankheit, ihr Verhältniss zur Syringomyelie und Lepra.

(Arch. für Psych., Bd. XXVII. H. 3, p. 71.)

Während die Meinungen der Autoren über die Zusammengehörigkeit oder die Trennung der Morvan'schen Krankeit und der Syringomyelie noch weit auseinandergehen, indem die meisten die erstere Krankheitsform zur Syringomyelie zählen, andere wieder, an ihrer Spitze Morvan selbst, sie sowohl dem klinischen Bilde nach, wie auch dem verschiedenen Sitze des den Erkrankungen zu Grunde liegenden pathologischen Processes von einander getrennt wissen wollen, sind in den letzten Jahren und zwar zuerst von Zambaco Pascha Beziehungen beider zur Lepra nachgewiesen worden. Diese Untersuchungen sind von um so grösserer Bedeutung, als sie zeigen, dass die Lepra weit häufiger vorkommt, als man gewöhnlich annimmt. —

Verf. bespricht nun nach einer eingehenden Darstellung des den beiden oben genannten Krankheitsformen eigenthümlichen Symptomencomplexes sehr ausführlich das Leiden einer 46jährigen Frau, bei dem er nach dem Verlaufe der Erkrankung und dem von ihm aufgenommenen Befunde es unzweifelhaft mit einem typischen Falle der sogenannten Morvan'schen Krankzu thun haben musste. Die Diagnose stützte sich hauptsächlich auf das Auftreten von Eiterungen an den Fingern und in der Maleolargegend, auf die Bildung der characteristischen Hautdeformation, auf Thermoanästhesie und Analgesie auf einem beschränkten Gebiete bei gleichzeitigem Erhaltensein des Tastsinnes und endlich auf den Muskelschwund in Verbindung mit partieller Entartungsreaction. Alle anderen Krankheitsbilder, an die in differentialdiagnostischer Hinsicht noch gedacht werden könnte, Sclerodactylie, Raynaud's Krankheit, Pachymeningitis cervicalis hypertrophica, Myelitis cervicalis, Sclerosis lateralis, Sclerosis multiplex und Neuritis multiplex sind im vorliegenden Falle, wie Verfasser nachweist, auszuschliessen.

Angesichts der Untersuchungen Zambaco's jedoch, nach denen die Identität der Morvan'schen Krankheit mit Lepra kaum einem Zweifel zu unterliegen scheint, hat P. seinen Fall auch nach dieser Hinsicht eingehend geprüft. Er findet, dass bei seiner Kranken schon die klinischen Symptome den Verdacht auf Lepra erwecken können, nämlich Deformation der Hände, das Fehlen mancher Phalangen (Mutilationes), Verdünnung und Verkürzung anderer Phalangen, weisse Flecke an der Haut der Hand und der Finger, die den als „Tâches achromatiques“ oder Morphæa alba beschriebenen Flecken ähnlich sind, theilweise Empfindungsstörungen, Verdickung des N. ulnaris, Parese der Muskeln und Schwund derselben. Ganz ähnliche Symptome bietet die als Lepra anæsthetica mutilans beschriebene Form der Lepra

dar. Ausschlaggebend für die Diagnose konnte indess nur die bacteriologische Untersuchung sein. Und Verf. vermochte im Blute seiner Kranken die Anwesenheit dünner Bacillen nachzuweisen, die er für unzweifelhaft Hansen'sche Leprabacillen hielt. P. tritt hiernach der Ansicht Zambaco's bei, dass die Morvan'sche Krankheit keine gesonderte Stellung in der Pathologie einnehmen könne, sondern nur eine Lepraform repräsentire und dass ferner diejenigen Fälle von Syringomyelie, die unter dem typischen Bilde der Morvan'schen Krankheit verlaufen, zur Lepra zu zählen sind.

Wie der Verf. selbst hervorhebt, verdient der von ihm mitgetheilte Fall um so grössere Beachtung, als dieses der erste in Galizien constatirte Fall von Lepra sei und damit erwiesen sei, dass Lepra auch in Galizien vorkomme. E. Nawratzki (Dalldorf).

---

297) **Mingazzini:** Hemiatrophie der Zunge. (Osservazioni cliniche ed anatomiche sull'emiatrofia della lingua.)

(Arch. ital. di Otologia 1896.)

Ein 31jähriger Bauer beging im Anfalle eines Alcoholdelirs einen Selbstmordversuch, indem er sich mit einem Rasiermesser in der linken Halsseite einen Schnitt beibrachte. Letzterer heilte allmählich bis auf eine kleine Fistel. Als Folgen dieser Verletzung zeigte sich eine allmähliche Atrophie der linken Zungenhälfte. 10 Jahre nach der Verletzung kam Patient in die psychiatrische Klinik. Die Untersuchung ergab Folgendes: Aufgehobener Pharynx- und Lingualreflex. Der linke vordere Gaumenbogen ist fast völlig geschwunden. Die linke Zungenhälfte ist an der Spitze 15 mm, die rechte 25 mm breit; im hinteren Drittel sind die entsprechenden Zahlen 17 und 27 mm. Die Zunge weicht nach links ab. Das Herausstrecken ist sehr erschwert, ebenso die meisten übrigen Zungenbewegungen. Leichte fibrilläre Zuckungen auf beiden Hälften. Störungen in der Aussprache gewisser Buchstaben. Kauen ist mühsam. Sensorische und sensible Functionen der Zunge beiderseits, in stärkerem Maasse links, gestört. Pat. ging an Pneumonie zu Grunde.

Verf. constatirte folgenden anatomischen Befund:

Hypoglossuskern zeigt in den distalen Schnitten auf beiden Seiten verminderte Zellenzahl (um $^1/_3$). Links ist der Ausfall stärker. Viele Zellen sind besonders klein, haben keine Fortsätze und sind von hellen Räumen umgeben. Centralwärts wird der Ausfall noch evidenter. Die Fibræ propriæ besonders links stark reducirt.

Der Roller'sche Kern und der Duval'sche Kern sind völlig intact.

Die Radiculärfasern des XII. sind auf beiden Seiten, links stärker, vermindert. Beim Austritt aus dem Bulbus sind viele ohne Markscheide, bei anderen ist beginnender Zerfall zu erkennen. Die fibræ arciformes int. post. (fibr. afferentes XII) sind besonders links an Zahl vermindert.

Die Affection des rechten Kernes und der Radiculärfasern erklärt Verf. für eine Degeneration in Folge Inaktivität, die bei der fast vollkommenen simultanen Function der beiden Zungenhälften leicht verständlich ist. Die fibr. arcif. int. entspringen nach dem Verf. im lateralen Theile des XII. Kerns, bilden die fibræ suprareticulares und treten dann wahrscheinlich mit den Fasern des Vago-Glossopharyngeus in Beziehung. Dies erklärt

die schon mehrmals beobachtete Coincidenz einer atrophischen Lähmung des Velum palatinum mit Zungenatrophie und in unserem Falle den völligen Verlust des vorderen Gaumenbogens. Darnach sind diese fibr. suprareticulares also motorische Fasern. — Zum Schluss giebt Verf. eine Schilderung des histologischen Befundes der atrophischen Zunge.

Lehmann (Werneck).

---

298) **E. Grawitz** (Berlin): Ein Fall von Poliomyelitis anterior subacuta (mit Zwerchfelllähmung) bei einer Erwachsenen.

(Berlin. klin. Wochenschrift 1896, Nr. 12.)

Es handelt sich um eine 18jährige hereditär nicht belastete Strickerin, welche nach einer Entbindung November 1894 Mitte Juni 1895 mit Unwohlsein, lebhaften Schmerzen im Kopf und Nacken, Schwerbeweglichkeit des Nackens und der Wirbelsäule erkrankte. Nach 3 Tagen gingen diese Beschwerden zurück, es entwickelte sich aber dann schnell eine Reihe von Lähmungen, zuerst im rechten Arm, dann im linken Bein, zuletzt im rechten Bein und im linken Arm, wo aber die Lähmungen nicht so ausgesprochen waren.

Am 17. Krankheitstage Aufnahme in die Charité. Es ergab sich eine auffällige sprungweise Vertheilung der Lähmungen, indem links besonders stark der Cucullaris und weniger stark die Schulter- und Oberarmmuskeln Lähmung mit Atrophie zeigten, rechts im Gegentheil der Supinator intact und besonders stark der Deltoides, die Rhomboidei, der Serratus und Pectoralis major betroffen waren. Weiterhin erwiesen sich das Zwerchfell und fast die gesammte Muskulatur der unteren Extremitäten gelähmt, Blasen- und Mastdarm nicht betheiligt. Die electrische Untersuchung der gelähmten Muskeln ergab Entartungsreaction. Sensibilität nicht gestört, Sehnenreflexe erloschen.

Die Diagnose wurde demnach auf eine Erkrankung der Ganglienzellen der Vorderhörner gestellt, welche sich in fast acuter Weise bei einer Erwachsenen in ähnlicher Weise gezeigt hatte, wie man bei Kindern häufig findet.

Actiologisch sieht G. in der langen Lactation, in dem jugendlichen Alter verbunden mit körperlichen Anstrengungen die (prädisponirende) Hauptursache.

Ein halbes Jahr nach der Vorstellung hatte sich die Lähmung in einzelnen Muskeln gebessert, doch kann die Kranke noch immer nicht die geringsten Geh- und Stehbewegungen ausführen. Hoppe.

---

299) **M. Nonne** (Hamburg): Ueber Poliomyelitis anterior chronica als Ursache einer chronisch-progressiven atrophischen Lähmung bei Diabetes mellitus.

(Berlin. klin. Wochenschrift 1896, Nr. 10.)

N. ist in der Lage, einen weiteren reinen Fall der noch recht spärlichen Casuistik der Polyomyelitis ant. chronica, von der seit 1888 sieben Fälle veröffentlicht sind, hinzuzufügen. Die 64jährige Frau erkrankte vor ca. 7 Jahren an unbestimmten nervösen Beschwerden, bis vor 4 Jahren Melliturie festgestellt wurde. Bei ganz streng durchgeführtem antidiabetischem Regime gelang es, den Urin ganz zuckerfrei zu bekommen, während sonst

der Zuckergehalt um $1^1/_2$—2°/₀ herum schwankte. Allmählig stellte sich Schwere und Mattigkeit in allen Gliedern, Langsamkeit des Denkens und Sprechens, Unregelmässigkeit des Schlafs und des Stuhlgangs ein, während die allgemeine Nervosität zunahm. August 1892 zeigte sie aber ausser Schwerfälligkeit und leichtem Taumeln keine motorischen Störungen. Seit Frühjahr 1893 entwickelte sich eine Parese und Schwäche an beiden Schultergürteln, welche nach den Ober- und Unterarmen und Händen abstieg und von degenerativer Atrophie der Muskeln gefolgt war. Die Intensität der Lähmungen, die im Sommer 1894 zur vollständigen Paralyse und Atrophie der Schultergürtel geführt hatten, nahm nach abwärts ab. Frühjahr 1894 begann eine paretische Schwäche der unteren Extremitäten mit Muskelatrophie, die sich zunächst auf einzelne Nervengebiete beschränkte, aber nach einiger Zeit die gesammte Muskulatur ergriff. Patellarreflexe erloschen, Sensibilität allenthalben erhalten. Juli 1894 Andeutung von Schluckbeschwerden und von bulbären Sprachstörungen. Unter Fortdauer der Diabetes ging Patientin an einer acuten Lungenaffection (Bronchopneumonie) zu Grunde.

Bei der Section fand sich ausser einer beschränkten Arteriosclerose an der Aorta und Cirrhose des Pancreas eine hochgradige vom Halstheil bis zum Lendentheil des Rückenmarks abnehmende, chronisch-atrophische Degeneration der Zellen und Fasern der grauen Vorderhörner (am Halstheil waren die Ganglienzellen so gut wie verschwunden) mit secundärer Atrophie der vorderen Wurzeln und nebenbei in der ganzen Länge des Rückenmarks eine deutliche (wenn auch nicht hochgradige) auf die weisse Substanz sich erstreckende Faser-Rarefication (Mark-Atrophie mit geringer Vermehrung des Gliagewebes) in den Seitensträngen in den Vordersträngen und in den medialen Abschnitten der Hinterstränge.

N. betont im Anschluss an eine Besprechung der diabetischen Complicationen von Seiten des Nervensystems, dass der geschilderte Fall der erste Fall von Diabetes mellitus ist, in dem man intra vitam das typische klinische Bild einer Polyomyelitis ant. chronica constatirte und in dem die anatomische Untersuchung das durch einige Autoren festgestellte anatomische Bild der chronisch-progressiven Vorderhorn-Erkrankung in der ganzen Länge des Rückenmarks aufdeckte. Der Fall zeigt ferner, dass der Diabetes mellitus auch ohne den Umweg der Gefässveränderungen die motorischen Centra im Rückenmark schädigen kann, wie in anderen Fällen die supponirte (toxische) Noxe die peripheren Nerven schädigt. Hoppe.

---

300) **F. Pikeles:** Zur Kenntniss des „bulbären Symptomencomplexes“.
(Jahrb. f. Psychiatrie und Neurologie, Bd. XIII, H. 2 u. 3.)

P. berichtet aus der Klinik von Nothnagel vier neue Fälle, welche an jenem bulbären Symptomencomplex litten, den Erb zunächst eingehend beschrieben und Goldstein in neuerer Zeit ausführlich studirt hat. Im ersten Falle erkrankte eine bis dahin gesunde Person von 27 Jahren plötzlich an einer grossen Schwäche in den Armen und den Beinen, zu welcher sich nach 3 Monaten doppelseitige Ptosis, Schling- und Sprachbeschwerden hinzugesellten. Die Krankheitserscheinungen schwankten sowohl im Laufe der einzelnen Tage, als auch innerhalb grösserer Perioden. Der Tod er-

folgte plötzlich durch Dyspöe nach einer scheinbaren Besserung des Allgemeinbefindens. Die Section wurde nicht gestattet. Drei Monate hindurch bildete das einzige Symptom der Erkrankung jene eigenthümliche Schwäche in den Extremitäten, welche sich in dem Unvermögen äusserte, die Gegenstände in den Händen zu halten, genau wie in dem Falle, welchen Oppenheim beshrieben hat.

Der zweite Fall betraf eine Person von 23 Jahren, bei welcher zuerst die Hirnnerven ergriffen wurden und alsdann das bekannte Krankheitsbild sich entwickelte. Sehr ausgesprochen war in diesem Falle die rasch eintretende Erschöpfbarkeit der Muskeln.

Der dritte Fall war dadurch auffallend, dass die Hirnnerven ausschliesslich einseitig betheiligt waren. Ferner hatte die Kranke in ihrem 9. Lebensjahre im Anschluss an eine Halsentzündung an Doppelsehen, an Schluckbeschwerden und an einer Behinderung der Articulation gelitten.

Im vierten Falle handelte es sich um einen Pfarrer von 42 Jahren, welcher 7 Jahre vor seiner augenblicklichen Erkrankung im Anschluss an einen Typhus an Schluckbeschwerden und an Sprachbeschwerden gelitten hatte. Seine Krankheit war dadurch characterisirt, dass sie in Anfällen auftrat. Jeder Anfall dauerte 4—6 Wochen. In der anfallsfreien Zeit erfreute sich der Kranke der vollkommensten Gesundheit. Die Aehnlichkeit eines derartigen Krankheitsbildes mit der recidivirenden Oculomotoriuslähmung ist naheliegend. — P. ist geneigt, die Entstehung dieses Symptomencomplexes auf eine Einwirkung toxischer Substanzen auf die Bulbärnerven zu beziehen. Die anatomischen Veränderungen, die diesem bulbären Symptomencomplex zu Grunde liegen, sind vorläufig noch unbekannt.

Behr.

---

301) **Karplus:** Zur Kenntniss der periodischen Oculomotoriuslähmung. (Wiener klin. Wochenschr. 1895, 50, 51, 52.)

1. Fall. Bei einem 8jährigen Mädchen traten ein halbes Jahr nach einem erlittenen Schlage mit einem Dreschflegel, der seinerzeit längere Bewusstlosigkeit zur Folge gehabt hatte, heftige rechtsseitige Kopfschmerzen, Erbrechen und Ptosis auf. Der Kopfschmerz und die Ptosis hielten 3 Tage an. Wiederholung dieses Anfalls in Zwischenräumen von 3—6 Monaten unter Zunahme des Leidens. Im 37. Lebensjahre constatirte der Verfasser während der Anfälle mehrere Male complete Oculomotoriuslähmung, schmerzhafte Druckpunkte über dem Jochbein und am Supraorbitalis, während Hypästhesie im Bereich des ersten Trigeminusastes bestand. Die Mitbetheiligung des 1. und 2. Quintusastes veranlasst den Verf. zur Annahme einer Affection an der basis cerebri.

Im 2. Fall bestand eine typische periodische rechtsseitige Oculomotoriuslähmung seit dem 1. Lebensjahre und wiederholte sich in 2—4wöchentlichen Intervallen. Seit dem 20. Jahre blieb die Ptosis und später auch eine Ablenkung des Bulbus und Mydriasis auch intraparoxysmal constant. Bei der an Paralyse (Lues im 18. Lebensjahre) zu Grunde gegangenen Patientin fand sich ein Neurofibrom, welches den N. III. von allen Seiten umgriff. Die Fasern des III. waren auseinandergedrängt und zum Theil degenerirt; auch centralwärts eine geringe Degeneration bis zum Kern verfolgbar.

Besondere Schwierigkeit bereitet die Erklärung der Periodicität dieser

seltenen Krankheit. Verf. führt eine kritische Betrachtung der verschiedenen Erklärungsversuche an. Er selbst neigt der Ansicht derer zu, die eine Circulationsalteration für das Entstehen der periodischen Anfälle nehmen. Der Tumor in Fall II sei geeignet, im Oculomotorius einen locus minoris resistentiæ zu schaffen, in dem sonst belanglose Hirnhyperämien (in Folge psychischer Erregung, Menses, Alcohol etc.) eine Reizung hervorrufen könnten, die einen Anfall der migraine ophthalmique zur Folge haben.

Lehmann (Werneck).

---

302) **Jos. Collins:** A case of tabes associated with posthemiplegic athetosis and unilateral reflex iridoplegia.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1895. Mai, Nr. 5,)

38jähriger Mann aus angeblich gesunder Familie, der Syphilis, Alcoholmissbrauch etc. in Abrede stellt. Vor 7—8 Jahren erlitt er einen Unfall, indem er gegen den Pfeiler einer Hocheisenbahn mit der rechten Parietalgegend fiel. Keine Bewusstlosigkeit, aber mehrwöchentliche Arbeitsunfähigkeit. Bis vor einem Jahre ging alles gut; auch keine Kopfschmerzen seit dem Unfall. — Vor einem Jahre verspürte der Kranke unwillkürliche Bewegungen der rechten Hand, speciell bei Erregung und Ueberanstrengung, sowie ein Gefühl von Taubheit in der ganzen rechten Oberextremität und verminderte Geschicklichkeit in den entsprechenden Fingern; diese Erscheinungen verschlimmerten sich sodann mehr und mehr. Gleichzeitig ungefähr fiel ihm ein Herabhängen des linken Augenlides auf; anfänglich nur intermittirend, später beständig war er nicht im Stande, dieses Auge so weit wie das rechte zu öffnen. Zu eben derselben Zeit einige transitorische Anfälle von Diplopie. Später stellte sich ein ähnliches Taubheitsgefühl auch im rechten Beine und eine Art Gürtelgefühl um die rechte Wade ein. Abnahme der sexuellen Fähigkeiten, dann Impotenz. Keine Sphincterenstörung, keine Kopfschmerzen oder Sprachstörungen, keine Unsicherheit im Gehen.

Bei der Untersuchung wurde festgestellt: Athetosis der rechten Oberextremität, d. h. Beugung und Streckung der Hand im Handgelenk, unregelmässige Bewegung der Finger, die des Nachts, wenn auch in geringerem Grade, anhalten. Es besteht leichte Schwäche des rechten Armes. Bedeutende Anästhesie gegen Berührung. Schmerz- und Temperaturempfindung normal. Muskelgefühl verringert. Ausgesprochene Ataxie der rechten Oberextremität. — Linkes Auge: leichter Nystagmus, leichte Ptosis und Insufficienz des Rectus superior. Pupille stecknadelkopfgross, ohne Reaction auf Licht, jedoch Reaction auf Accomodation. Rechtes Auge: Pupille klein; auf Lichteinfall und Accomodation reagirend. Keine Gesichtsfeldeinengung. Beide Optici, links mehr als rechts, im ersten Stadium der Atrophie. Leichtes Romberg'sches Zeichen. Beide Patellarreflexe fehlen. Ganz leichte Andeutung von atactischem Gang. Keine Muskelatrophie.

Trotzdem Lues in Abrede gestellt, wurde eine specifische Kur (graue Salbe und Jodkali) eingeleitet; später noch Bäder, Massage und tonische Behandlung verordnet. Die einzige Besserung waren die Rückkehr der sexuellen Potenz und eine Besserung des Ganges.

Von einem der den Kranken früher behandelnden Aerzte erfuhr C. später, dass derselbe ihn vor 14—15 Jahren wegen Hemiplegie in Behandlung gehabt habe, die er trotz keiner sonstigen Anzeichen für Syphilis, für luetischen Ursprunges hielt und mittelst Mercur erfolgreich behandelte. Nach der nunmehr vom Patienten gegebenen Schilderung des Verlaufes der Lähmung konnte es keinem Zweifel unterliegen, dass es sich um eine cerebrale Thrombose syphilitischen Ursprunges damals gehandelt habe. Diese Diagnose wurde durch eine Angabe der Schwester des Kranken insofern bestätigt, als diese angab, dass ihr Bruder 4–5 Jahre vor dem Anfalle ein hartes fressendes Geschwür an der Lippe gehabt habe, das vom Arzte mit einem Pulver bestreut worden sei. Trotzdem blieb Patient bei seinem Leugnen.

Im Anschluss an die vorstehende Beobachtung erörtert C. die Pathologie dieses Falles, motivirt seine Diagnose gegenüber der von anderen Untersuchern aufgestellten Diagnose der multiplen Sclerose und theilt ähnliche Beobachtungen aus der Litteratur mit. Buschan.

---

303) **Schultze:** Beiträge zur Myopathologie: Ein Fall von „Dermatomyositis chronica" mit Ausgang in Muskelatrophie bei einem dreijährigen Knaben.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 6, XIV.)

Bei dem hereditär nicht belasteten Kinde trat allmählich Hyperästhesie, Unfähigkeit zu stehen und activ den Kopf zu heben ein. Im Beginne der Krankheit schwollen Gesicht und Füsse an, später stellte sich ein juckender Ausschlag an Armen und Beinen ein. Nach der klinischen Behandlung stellten sich Eczem und Schwellungen wieder ein, ohne dass auch jetzt der Urin Albumen enthalten hätte. Die atrophischen und bei Streckung schmerzhaften Muskeln der Beine zeigten eine Herabsetzung für die faradische Erregbarkeit, während Arm- und Facialismuskulatur völlig normal waren. Galvanische Erregbarkeit ist ebenfalls vorhanden, E R fehlte. Alles übrige am Körper war normal. Befallen sind die Muskeln der Beine und die vorderen Halsmuskeln hauptsächlich. Die Untersuchung eines excidirten Muskelstückchens ergab eine interstitielle Zell- und Kernwucherung umschriebener Art.

Aetiologisch war nichts zu eruiren. Nach der eingetretenen Besserung wird die Prognose günstig gestellt.

Die Behandlung bestand in Bädern, in psychischer Beeinflussung und in activer und passiver Gymnastik. Tenotomie der Achillessehnen zur Beseitigung der Muskelspannungen und weitere orthopädische Massregeln sind in Aussicht genommen. Dauber.

---

d) *Peripherische Organe.*

304, 305, 306, 307, 308, 309) **Ludwig Bruns** (Hannover): Casuistische Mittheilungen.

(Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 20 bis 24.)

304) *Zur Pathologie und speciell zur Prognose der Trommlerlähmung.*

B. hebt hervor, dass fast in allen Fällen von scheinbar isolirter Lähmung des linken Extensor poll. long. bei Trommlern eine Mitbetheiligung der Daumenballenmuskulatur angenommen werden muss und dass die Daumen-

ballenatrophie meist nicht als directe Druckatrophie, sondern als Arbeitsatrophie anzusehen ist. B. unterscheidet folgende Unterabtheilungen:

1. Typus: Lähmung des linken Extensor poll. long., wahrscheinlich stets mit Parese der Daumenmuskulatur (speciell des Adductor, dann Flexor und Adductor brevis), häufig auch mit Atrophie derselben (vor Allem des Adductor). — Häufigste Form.

2. Typus: Lähmung des linken Flexor poll. longus, wahrscheinlich auch manchmal mit Betheiligung der Daumenballenmuskulatur. — Viel seltener.

3. Typus: Gleichzeitige Lähmung der langen Beuger und Strecker, stets mit Betheiligung und Atrophie der Daumenballenmuskulatur. — Sehr selten.

Der 2. Typus scheint namentlich bei jüngeren und ungeübten Trommlern vorzukommen.

Die Angaben über schlechte Prognose dieser Neurose glaubt B. nach neueren Erfahrungen nicht theilen zu können. Bei geeignetem Verhalten kann die Trommlerlähmung vollständig zur Heilung kommen. Die Trommlerlähmung unterscheidet sich eben von den übrigen Beschäftigungslähmungen dadurch, dass sie keine eigentliche Berufslähmung ist. Die Therapie besteht in sofortiger völliger Aufgabe des Trommelns.

Zum Schluss beschreibt B. noch einen Fall, welcher dem 3. Typus angehört. Die hier beobachtete entzündliche Verdickung der Sehne des Extensor poll. long., welche auch in anderen Fällen gefunden wurde, unterstützen B. in der Annahme von der peripher neuritischen Natur dieser Lähmung.

305) *Partielle Lähmung des linken N. ulnaris durch Druck auf den Ellenbogen bei einem Xylographen.*

Der Xylograph litt seit längerer Zeit an einem tauben Gefühl an der Volarfläche des linken kleinen Fingers und Ringfingers und am ulnaren Drittel der Hohlhand, wozu zuletzt noch Schmerzen an der ulnaren Seite des linken Unterarms dicht über dem Handgelenk kamen.

In den Regionen mit taubem Gefühl war das Tastgefühl ganz oder zum Theil erloschen, das Schmerzgefühl für Nadelstiche und electrische Reize herabgesetzt, Abduction und Adduction des kleinen Fingers beeinträchtigt, ebenso Streckung der 2. und 3. Phalange bei gleichzeitiger Beugung der Grundphalange. Electrische Erregbarkeit des linken N. ulnaris am Handgelenk ungeschwächt, dagegen in Theilen der Ulnarismuskulatur der linken Hand (Kleinfingerballen und 4. Interosseus) partielle Entartungsreaction. (Diese auf peripherische Erkrankung im Gebiete des linken N. ulnaris zu beziehenden Functionsstörungen erklären sich aus der Arbeitsweise des Xylographen.) Directe Lähmungen im linken Ulnarisgebiet sind jedoch wie B. erfuhr, bei Xylographen sehr selten, häufiger nur Schmerzen in der Gegend des linken Ellenbogens, besonders bei Anfängern.

306) *Ueber Lähmungen des N. radialis durch Druck in der Chloroformnarkose.*

Nach Besprechung der in der Chloroformnarcose vorkommenden Lähmungen, die sich vorzugsweise auf den Plexus brachialis beziehen, welcher bei stark vertical erhobenem Arm oft eine Quetschung zwischen Schlüssel-

bein und erster Rippe erleidet, theilt B. einen Fall von Radialislähmung mit, welcher bei Seitenlagerung in der Narcose durch Druck des Arms zwischen Rumpf und Operationstisch bei mehrstündiger Operation (Myomotomie) entstanden war. Der rechte N. radialis war dabei an seiner Umschlagsstelle auf den rechten Längsbalken der Kopfstütze gedrückt worden. Bei der Untersuchung 11 Tage später zeigten sich alle vom Radialis versorgten Muskeln mit Ausnahme des Triceps gelähmt. Deutliche Störungen der Sensibilität und faradischen Erregbarkeit waren nicht nachzuweisen. 7 Wochen nach der Operation liess sich jedoch die Mittelform der Entartungsreaction constatiren, 4 Wochen später war unter galvanischer Behandlung die Lähmung verschwunden.

307) *Acute nichteitrige Encephalitis oder traumatische Spätapoplexie in den Pons?*

Ein 13jähriger Schüler fiel, nachdem er in den letzten Wochen ab und zu über Kopfschmerzen geklagt, am 8. December 1894 vom Reck auf den Kopf. 2 Tage später erhebliche Kopfschmerzen und Erbrechen, welche Erscheinungen in den nächsten Tagen in der heftigsten Weise fortbestanden.

Bei der Untersuchung am 13. Sopor und langsamer und sehr unregelmässiger Puls, ausserdem wurden folgende Localerscheinungen constatirt: rechtsseitige Facialis- und Abducenslähmung, ausserdem Lähmung des linken Rectus internus auch bei Convergenzbewegungen und linksseitige Ptosis, rechts lebhafte nystagmusartige Zuckungen bei allen vom Oculomotorius abhängigen Bewegungen des Auges; an der ganzen linken Körperhälfte lebhafte Parästhesien mit Herabsetzung der Sensibilität an den Extremitäten und am Gesicht; deutliche Ataxie der linken Extremitäten.

In den nächsten Tagen wurde die linksseitige Oculomotoriuslähmung vollständig, die Anästhesie dehnte sich auf die ganze linke Körperhälfte aus, welche auch deutliche Paresen zeigte.

B. glaubte, dass es sich um einen Tumor (Gliom) handelte, doch erwies sich die Diagnose als falsch, da am 9. Tage der Erkrankung eine Besserung aller Erscheinungen eintrat, die immer mehr abnahmen und ein Vierteljahr nach Beginn der Erkrankung ziemlich vollständig geschwunden waren. Pat. ist seitdem auch bereits mehrere Monate lang gesund geblieben.

Nach B. kann es sich daher nur um eine acute nichteitrige Encephalitis pontis oder um eine traumatische Spätapoplexie in der Medulla oblongata gehandelt haben. Doch neigt B. mehr der ersteren Diagnose zu.

308) *Ueber gonorrhoische Hemiplegie und Aphasie.*

B. hat über cerebrale Complicationen der Gonorrhoe nur von zwei Autoren Mittheilungen gefunden (Tamburini und Pitres), welche 3 Fälle (Hemiplegie) betreffen. B. ist nun in der Lage, einen ähnlichen Fall mitzutheilen.

Eine 20jährige gleich nach ihrer Verheirathung inficirte Frau bekam October 1894 plötzlich Krämpfe in der rechten Körperhälfte (Gesicht, Zunge, Kiefer und Arm), die sich kurz hinter einander mehrmals wiederholten und von Aphasie gefolgt waren, welche aber bald schwand. Am nächsten Tage totale rechte Hemiplegie mit Abschwächung des Gefühls

rechts und Fussclonus rechts, ausserdem totale motorische Aphasie. Bewusstsein kurze Zeit getrübt. Augenhintergrund war und blieb normal.

Die Erscheinungen besserten sich in den nächsten Monaten, doch liess sich noch nach 7 Monaten völlige Lähmung der rechten Hand mit leichter Beugecontractur und Circumduction des rechten Beines constatiren. Die Sprachstörung besserte sich und schwand unter methodischen Uebungen ziemlich vollständig.

B. meint, dass es sich um einen im gonorrhoisch entzündeten Gewebe entstandenen embolischen Thrombus in die linke A. fossæ Sylvii handelt, wobei er es unentschieden lässt, ob der Thrombus direct durch die Gonokokken oder indirect durch die Entzündung erzeugt ist.

309) *Ein Fall von Akromegalie und seine Behandlung mit Schilddrüsenextract.*

Bei der 24jährigen bis zu ihrer Verheirathung gesunden Frau entwickelten sich in den letzten 2 Jahren die typischen Erscheinungen der Akromegalie. Am auffälligsten zeigte sich die Vergrösserung an den Händen und Füssen. Ausserdem keine objectiven krankhaften Symptome, subjectiv aber allerlei nervöse Beschwerden: allgemeine Nervosität, schlechter Schlaf, Aengstlichkeit, Emotivität, an den oberen Extremitäten allerlei Schmerzen und Parästhesien (Akroparästhesien).

Der Erfolg der Behandlung mit Thyreoidtabletten (seit November 1894 erst 2, dann 3, schliesslich 4 täglich) war in Bezug auf diese nervösen Beschwerden ein vorzüglicher. Objectiv war bis Januar 1895 keine wesentliche Veränderung in der Grösse der Gliedmassen bemerklich, dann wurde Patientin bei zunehmender Frequenz der Herzthätigkeit und starker Chlorose immer schwächer, so dass die Tabletten Mai 1895 ausgesetzt werden mussten. Die Pulsfrequenz nahm bei Bettruhe und Eisentherapie ab, die Anämie blieb aber bestehen. Hoppe.

---

310) Dr. **Ossann** (Kiel): Ein Fall von doppelseitiger Erb'scher Lähmung bei einem Kohlenträger.

(Münch. med. Wochenschrift 1896, Nr. 2.)

Der 39j. Arbeiter D., welcher mit Abladen von Steinkohlen beschäftigt gewesen, suchte wegen zunehmender Schmerzen in beiden Schultern und im rechten Arm die Poliklinik auf. In kurzer Zeit verschlechterte sich sein Zustand derart, dass er den rechten Arm gar nicht mehr, den linken nur noch etwas erheben konnte. — Die Untersuchung ergab neben hochgradiger Druckempfindlichkeit auf den Plexus brachialis oberhalb des Schlüsselbeins beiderseits hauptsächlich Lähmungserscheinungen des rechten M. supraspinatus und infraspinatus (N. suprascapularis), sowie der Mm. deltoidei (N. axillaris). Die Mm. biceps, brachialis internus und supinator longus waren kaum ergriffen.

O. reiht trotzdem seinen Fall den Erb'schen Lähmungen an, indem er einen allzu eng begrenzten Typus derselben mit Anderen nicht festgehalten wissen will. Er legt das Hauptgewicht darauf, dass die Schädlichkeit noch oberhalb des Schlüsselbeins — die N. suprascapularis und N. axillaris gehen zuoberst vom Plexus ab — eingewirkt hat.

Durch entsprechende Versuche, welche O. mit anderen Kohlenträgern anstellte, sowie auf Grund von Leicheuexperimenten kam O. zu dem Schlusse, dass durch die eigenthümliche Art der Manipulation — die Hände müssen bei stark abducirtem Oberarm über den Nacken hinweggeführt werden — eine Quetschung des Plexus brachialis zwischen erster Rippe und Schlüsselbein stattfand.

Unter Galvanisation der erkrankten Muskeln, sowie Reizung derselben vom Erb'schen Punkt aus gingen die Motilitätsstörungen fast ganz zurück. Entartungsreaction war noch längere Zeit an den Mm. intraspinati, deltoidei und rechten supinator longus nachweisbar.

Blachian (Werneck).

---

311) **E. Escat:** Un cas de méralgie paræsthé,ique de Roth.

(Revue neurologique Nr. 20, 1895.)

Der Verfasser berichtet in obiger Mittheilung wie schon einige andere Aerzte über eine bei ihm selbst bestehende Meralgie. Die Affection begann bei dem derzeit 31jährigen Patienten vor 13 Jahren ohne eruirbare Ursache und zeigte den bereits bekannten Fällen gegenüber keine Besonderheiten, abgesehen von dem transitorischen Auftreten einer kleinen parästhetischen Zone von ovaler Form an der Innenfläche beider Oberschenkel. In den letzten Jahren hat sich das Leiden mehr und mehr verringert.

L. Löwenfeld.

---

312) **Bernhardt** (Berlin): Sur les paræsthésies localisées dans le domaine du nerf fémorocutane externe.

(Revue neurologique Nr. 22, 1895.)

B. berichtet, nachdem er seine Priorität in der Beschreibung der Meralgie Roth gegenüber geltend gemacht hat, über 2 weitere Fälle dieser Affection, von welchen der erste eine 29jährige schwangere Frau, der zweite einen 50jährigen Tabetischen betrifft. B. betont mit Rücksicht auf letzteren Fall die Nothwendigkeit genauer Nachforschung nach anderen Krankheitssymptomen in jedem Falle von Meralgie. L. Löwenfeld.

---

313) **M. Bernhardt** (Berlin): Ueber eine wenig bekannte Form der Beschäftigungsneuralgie.

(Neurol. Centralbl. 1896, Nr. 1.)

„Es handelt sich im Wesentlichen um eine oft spontan vorhandene, oft erst nach Druck auftretende, in den verschiedenen Fällen wechselnde Schmerzhaftigkeit des Epicondyl. lateralis humeri, eventuell auch unterhalb desselben liegenden Capitulum radii und zwar vorwiegend an der rechten Seite.“ Die Schmerzen erstrecken sich die Streckseite des Unterarmes hinab selbst bis in die Finger, namentlich bei Bewegung und Arbeit, und beeinträchtigen somit die Arbeitsfähigkeit, während sie in der Ruhe verschwinden. Remak hat bereits dieses Leiden in dem Artikel Beschäftigungsneurosen in der III. Auflage der Realencyclopädie beschrieben.

Unter den 30 Fällen, die B. poliklinisch beobachtet hat, waren 27 Männer und nur 3 Frauen, mit einer Ausnahme alle über 30 Jahre alt. Der Beschäftigung nach waren vorzugsweise Maurer (6), Arbeiter (4); Tischler und Schlosser (je 3) befallen. Das Leiden wurde in der Mehrzahl

der Fälle auf Ueberarbeitung und besondere Anstrengung zurückgeführt. Von den Frauen konnten die beiden älteren, welche sich durch ihrer Hände Arbeit nährten, keine bestimmte Ursache angeben, während die jüngere 20jährige Dame ungeachtet einer Contusion am rechten Arm ihr eifriges Geigenspiel fortgesetzt hatte.

20 mal trat das Leiden rechtsseitig, 5 mal linksseitig auf. (Die letzteren Kranken gaben an, in letzter Zeit ihren linken Arm besonders angestrengt zu haben), während es zweimal auf beiden Seiten festgestellt wurde.

Aetiologisch spielt offenbar die Ueberanstrengung der Strecker der Hand und der Finger die Hauptrolle, welche nicht nur bei Extensionsbewegungen, sondern auch beim Beugen der Hand und Finger in energische Action treten und zum grossen Theil vom Epicondylus lateralis oder dessen nächster Umgebung entspringen.

Das Leiden kann wochenlang andauern, bietet aber eine günstige Prognose. Die Therapie hat vorzugsweise die Indicatio causalis zu beachten: die Kranken müssen die Beschäftigung, welcher sie ihr Leiden verdanken, für einige Wochen aufgeben. In schwereren Fällen kommen hydropathische Umschläge Bepinselungen mit Jodtinctur und galvanische Behandlung in Betracht.

Hoppe.

---

314) **J. Putnam** (Buffalo): Two cases of writer's cramp.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1895, Nr. 11, Nov.)

1. 30jähriger Telegraphenbeamter aus nervöser Familie verspürte anfänglich Schwäche im Handgelenk, dann Schmerzen und Krämpfe im rechten Arm. Die letzteren nahmen in dem Maasse an Intensität zu, dass schon der blosse Gedanke zu schreiben die Spasmen hervorrief; sie beschränkten sich nicht auf die Armmuskulatur, sondern hatten auch den Trapezius und Sterno-cleido-mastoideus ergriffen, anfänglich nur rechts, dann auch links. Beim Versuche zu schreiben wurde der Kopf so weit gedreht, dass es dem Patienten unmöglich gemacht wurde, das Papier zu sehen. Keine hysterischen Stigmata. — Die Behandlung bestand in Hypnotismus, Galvanismus, Gymnastik und Atropininjectionen in das Muskelgewebe. Erfolg war vollständige Heilung nach 2 Monaten.

2. Der zweite Fall betrifft einen Zahntechniker, der über 15 Jahre lang sich ausschliesslich mit der Füllung von Zähnen (Hineindrücken der Goldmasse mittelst eines mit den 3 ersten Fingern gehaltenen Stilets) beschäftigt hatte, anfänglich Ermüdung verspürte und schliesslich zum Schreiben unfähig war wegen Krampf der Daumen- und Zeigefingermuskulatur. Die Behandlung blieb erfolglos, weil der Kranke nicht Ruhe haben konnte.

Buschan.

---

315) **Alfred Sänger** (Hamburg): Zur pathologischen Anatomie der Trigeminusneuralgie.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 19.)

In 4 Fällen von Trigeminusneuralgie, in welchen F. Krause (Altona) die Exstirpation des Ganglion Gasseri mit gutem Erfolge ausführte, hat S. deutliche pathologische Veränderungen im Ganglion gefunden, während die markhaltigen Nervenfasern nur in einem Falle Degeneration in einzelnen Fasern zeigten. Meist ergab sich eine erhebliche Verminderung und Form-

veränderung der Ganglienzellen, indem dieselben eine Schrumpfung und unregelmässige Gestalt zeigten. Die Kerne waren in vielen Zellen nicht mehr sichtbar, während dieselben in den vorhandenen vielfach ihre runde oder elliptische bläschenförmige Gestalt verloren hatten; in einem Falle zeigte sich in manchen Zellen Vacuolenbildung. In einem Falle fand S. neben vereinzelten normalen vielfach dunkelpigmentirte Zellen, in einem anderen wachsartige Beschaffenheit mit Pigmentanhäufung. Das intercellulare Bindegewebe war verdickt und vermehrt. In dem Falle, wo die Nervenfasern eine theilweise Degeneration (körnigen Markzerfall) zeigten, ergab sich keine so auffällige Verminderung der Ganglienzellen wie in den übrigen, jedoch wachsartige Quellung mit Kernverlust und Vacuolosirung in zahlreichen Ganglienzellen neben Atrophie und Schrumpfung bei einzelnen Zellen. Bezüglich der klinischen Einzelheiten und des Einflusses der Exstirpation auf die betreffenden Sinnesqualitäten, sowie die daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen über die Function einzelner Nerven muss auf das Original verwiesen werden. Hoppe.

---

316) **J. Neumann** (Mühlheim a. d. Ruhr): Entstehung der sogenannten rheumatischen Facialislähmung.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 19.)

An der Hand zweier Fälle, wo bei zwei nervös belasteten sonst kräftigen Schülern auf ein leichtes locales Trauma am nächsten Tage eine einseitige Lähmung folgte (in dem einen Falle nach einem Wurf mit einem Schneeball, der das rechte Ohr traf, im anderen nach einer Ohrfeige), glaubt N., dass es sich auch in solchen leichten Fällen um die ersten Anfänge einer parenchymatösen Neuritis handelt, welche sich am Foramen stylo-mastoideum localisirt hält und nur ein Leitungshemmniss für centrale Erregungen bildet. Im Anschluss daran bespricht N. die Entstehungsursache der Lähmung in solchen leichten Fällen und meint, dass für dieselben drei Factoren in Betracht kommen: 1. eine mehr (hereditär oder erworben) lähmungsfähige Nervensubstanz, 2. darauf eindringende (infectiöse) Stoffe, 3. verminderte Leitungsfähigkeit gegenüber diesen Stoffen seitens der Zellen, welche die Markscheiden umgeben, unter local ungünstigen Verhältnissen, wie Erschütterung, Stoss, Dyskrasie des Blutes bei Allgemeinerkrankungen.

Hoppe.

---

317) **P. J. Möbius**: Ueber verschiedene Formen von Neuritis.

(Neurol. Beiträge, Heft IV, A.)

1. Nach einer kurzen Auseinandersetzung, dass der periphere Nerv auch erkranken könne, ohne dass die zugehörige spinale Ganglienzelle ebenfalls befallen werde, theilt M. 2 von ihm beobachtete Bleilähmungen bei Feilenhauern mit, die dadurch ausgezeichnet waren, dass sie neben den gewöhnlichen Symptomen, wie Anämie, Kolik und Zahnfleischrand eine Lähmung nur der linken Hand zeigten (Fall I: Adduct. und flexor poll. brev., Fall II Inteross. I und kurze Daumenmuskeln, vorwiegend Adduct. und Flexor poll. brev.). ER war beide Male vorhanden. Dass hier nur der linke Daumenballen hauptsächlich erkrankt war, hat seinen Grund darin, dass diese Muskelgruppe durch das Halten des Meissels am meisten angestrengt war; es kann also die Localisation der toxischen Lähmung in

bestimmten Muskelgruppen durch die Function der letzteren bedingt werden. Dass dies auch für andere Gifte gilt, beweist Seeligmüller, der angiebt, dass bei Arseniklähmungen die Beugemuskeln entschieden weniger leiden, als die Streckmuskeln, und auch dies findet seine Erklärung, da die Streckmuskeln überhaupt die angestrengteren sind.

1. Der Umstand, dass die Bleilähmungen heilen können, beweist, dass eine gleichzeitige Erkrankung der den befallenen Nervenfasern zugehörigen Ganglienzellen im Rückenmark ausgeschlossen werden kann.

2. Recidivirende Facialislähmungen betreffend theilt M. zwei Fälle mit, in denen in kürzeren oder längeren Zwischenräumen immer wieder rasch heilende Facialislähmungen eintraten, meist abwechselnd rechts oder links, bei welchen nur einmal E. R. nachzuweisen war. Da dem Eintritte immer eine Erkältung vorausgegangen war, hält er sie für rheumatischen Ursprungs. Weiterhin ist bemerkenswerth, dass je nach der Schwere der Lähmung stärkere oder geringere Schmerzen im Gebiete des N. auricularis magnus, des N. occipitalis und des Trigeminus auftreten. Geschmack, Gehör und Gaumenbewegung waren immer normal.

3. Weiterhin theilt M. einen Fall aufsteigender Lähmung mit, die ca. 1 Monat nach Beginn des Keuchhustens entstanden war und sich in einer Parese, erst der Beine, dann der Arme, der Halsmuskeln und des Zwerchfells darstellte. Atrophie und E. R. waren nie nachzuweisen. Die Lähmung war eine sprungweise aufsteigende, da sie Bauch-, Rücken- und Intercostalmuskeln verschonte. Muskel- und Sehnenreflexe fehlten auf der Höhe der Lähmung. Gegen eine Myelitis und für eine multiple Neuritis spricht das Verschontbleiben von Blase und Darm.

4. Ebenso beobachtete M. nach Keuchhusten eine linksseitige Hemiparese und eine seelische Störung, sich darin äussernd, dass der früher muntere Knabe mürrisch und unleidlich wurde. Facialis und Hypoglossus waren ebenfalls ergriffen. Ein Insult hatte nicht stattgefunden, vielmehr war die Lähmung ganz allmählich entstanden. Als Ursache kann man entweder ein während des Keuchhustens entstandenes Toxin vermuthen, oder man kann annehmen, dass der Keuchhusten eine Schwäche gegen das die Hirnerkrankung bewirkende Agens bedingt habe, vielleicht könnte auch die Ursache in einem Gehirntuberkel gelegen haben.

5. Einen weiteren wichtigen Hinweis darauf, dass gewisse Arten von toxischen Neuritiden besondere Muskelgruppen befallen, bietet die Beobachtung von Neuritis puerperalis, bei welcher meist die Endäste vom Medianus oder Ulnaris oder von beiden, häufiger nur an der mehrgebrauchten rechten Hand, zuweilen aber auch von beiden afficirt sind. Diese Affection betrifft sowohl die sensorischen als motorischen Fasern. Atrophie und E. R. wurden meist beobachtet und fehlten nur in den leichten Fällen. Bei schweren Fällen waren auch andere Muskeln (Bein etc.) paretisch oder gelähmt. M. erläutert dies an 10 Fällen aus seiner Clientel und einschlägigen Litteraturangaben.

6. Bei 2 Fällen von peripherer Neuritis, welche mit Sensibilitätsstörung, schlaffer Lähmung verschiedener Muskeln (nur im Biceps brachii fanden sich in einem Falle eine Contractur und bei Bewegungen besonders heftige Schmerzen) theilweise partieller E. R. verlief, war auch eine bedeu-

tende Steigerung der Muskel- und Periostreflexe. Dieses allen unseren Annahmen widersprechende Verhalten versucht M. dadurch zu erklären, dass er eine gesteigerte Erregbarkeit eines oder mehrerer Abschnitte des Reflexbogens annimmt. Da die gesteigerte Erregbarkeit des motorischen Astes am wenigsten wahrscheinlich ist, eine gesteigerte Erregbarkeit des Scheitels des Reflexbogens in der grauen Substanz des Rückenmarks, ähnlich wie bei der Strychninvergiftung, deswegen unwahrscheinlich ist, weil man sonst in jedem derartigen Falle von Polyneuritis gesteigerte Reflexe finden müsste, so ist es am zwanglosesten, eine gesteigerte Erregbarkeit im sensiblen aufsteigenden Schenkel des Bogens anzunehmen. Mit dieser Annahme würde stimmen, dass überhaupt sensorische Reizerscheinungen (Schmerzen, Druckempfindlichkeit) im Vordergrunde des Krankheitsbildes standen.

7. Ueber mehrfache Hirnnervenlähmung.

1. Bei einer 48jährigen Frau, welche 3 gesunde Kinder geboren und dazwischen 3 Fehlgeburten durchgemacht hatte, war im Zeitraum von nicht ganz 2 Jahren allmählich der Oculomotorius, Trochlearis und Trigeminus rechts, der Abducens, Facialis und Trigeminus links gelähmt. Intercurrirende Kuren mit Jodkali brachten keinen wesentlichen Erfolg, bis eine Schmierkur fast vollständige Heilung brachte.

2. Bei einer zweiten 48jährigen Frau, die öfter abortirt, war ziemlich rasch eine linksseitige Oculomotorius-, Gaumen-, Recurrenslähmung und eine linksseitige Hemiatrophie der Zunge mit fibrillären Zuckungen eingetreten. Unter Galvanisation und Jodkali gingen auch hier die Erscheinungen theilweise zurück.

3. Ein 42jähriger Mann bekam eine langsam eintretende linksseitige Facialislähmung, die auf Galvanisation sich etwas besserte, kurz darauf eine Oculomotoriuslähmung und Trigeminusstörung, die auf eine Schmierkur fast völlig verschwanden.

4. Bei einem anderen Manne, bei dem links der Trigeminus, Trochlearis, Abducens und Oculomotorius gelähmt wurden unter starken Kopfschmerzen und bei dem die Schmierkur keinen Erfolg hatte, wurde post mortem ein Fibrosarcom der mittleren Schädelgrube gefunden.

5. Bei einem 30jährigen Manne waren nach einem Sturze Lähmungen des Oculomotorius rechts, des rechten Gaumens, des rechten Stimmbands, die alle der Behandlung trotzten.

Das Gemeinsame dieser Beobachtungen bildet die gleichzeitige Läsion verschiedener Hirnnerven, als Ort ist die Schädelbasis anzunehmen.

Bei allen Fällen waren trophische Störungen und Veränderungen der electrischen Erregbarkeit nachweisbar. Bei den Luesfällen kann es sich um eine gummöse Schwiele der Hirnhäute oder primärluetische Infiltration der Nerven handeln.

Eine genaue Besprechung der Diagnose und Prognose solcher Fälle schliesst die Arbeit. Dauber.

---

318) **Hlawaczek:** Ein Fall von Myotonia congenita, combinirt mit Paramyotonie.

(Jahrb. f. Psych. u. Neurol., XIV, S. 92.)

Ein 17jähriger Patient mit hypertrophischer Muskulatur leidet seit Kindheit an einer bei raschen Bewegungen sich einstellenden tonischen Starre fast aller Muskelgruppen (auch der Augen- und Lidmuskeln), die 3—4 Secunden anhält und sonst bei Wiederholung der betr. Bewegung nachlässt. Die weitere Untersuchung ergab nun, dass auch die durch den galvanischen Strom und durch mechanische Reizung hervorgerufenen Contractionen der Muskeln den Reiz überdauern (Erb'sche myotonische Reaction). Da das Leiden von Kindheit an bestand und der Bruder und die Mutter des Kranken an einer ähnlichen Affection litten, dürfte die Diagnose Myotonia congenita berechtigt sein. Ausserdem bewirkte aber bei demselben Patienten auch der Kältereiz Bewegungshemmungen in gewissen der Kälte exponirten willkürlichen Muskeln, welche mehrere Stunden anhielten (Erscheinungen der Paramyotonie Eulenburg's). Verf. constatirt nun, dass auch zum Zustandekommen der paramyotonischen Erscheinungen vorausgegangene, wenn auch noch so kleine Bewegungen der betr. Muskeln nöthig waren. Dieser Umstand, sowie eine Analyse der beiden Bewegungsstörungen (auch ihre Analogie mit den nach Ueberanstrengung vorkommenden Krämpfen, z. B. Wadenkrampf) veranlasst ihn zu der Annahme, dass beide Affectionen, die Myotonie und Paramyotonie nur graduell verschiedene Processe seien; dass also der Symptomencomplex der Paramyotonie nur eine graduelle und temporäre Steigerung des myotonischen Zustandes, die unter bestimmtem äusseren Einflusse — der Kälte — zu Stande kommt, darstellt.

In einem excidirten Stückchen des Biceps konnte Verf. viele auffallend dicke Muskelfasern constatiren (die dicksten übertrafen die schmalsten um mehr als das Sechsfache); ausserdem fand sich leichte Kernvermehrung, eigenthümliche Querstreifung der Muskelfasern (als beginnender Zerfall gedeutet) und fast völliges Fehlen des intramuskulären Fettgewebes.

Lehmann (Werneck).

3. Therapie.

319) **E. Baumann:** Ueber das normale Vorkommen von Jod im Thierkörper.

(Zeitschr. f. physiol. Chemie, Bd. XXI, H. 4. 1895. S. 319—330.)

Prof. Baumann in Freiburg i. Br. will bei seinen Versuchen, die wirksame Substanz der Schilddrüse zu isoliren, gefunden haben, dass diese Jod und zwar in Form einer organischen Verbindung ist, der B. den Namen Thyrojodin beigelegt hat.

Die Herstellungsmethode ist folgende: Die von Fett möglichst befreite Hammel-Schilddrüse wird mit 10% Schwefelsäure 4—8 Stunden gekocht, bis nahezu alles sich gelöst hat. Die Flüssigkeit wird sodann abgekühlt, filtrirt und der Niederschlag mit Wasser gewaschen. Dem noch feuchten Niederschlage wird durch wiederholtes Auskochen mit Weingeist (ca. 85%) die wirksame Substanz entzogen. Durch Behandlung mit Petroläther werden aus dem Rückstande der alcoholischen Lösung etwa noch anhaftende Fette und Fettsäuren entfernt, dann die bei dieser Behandlung ungelöste Substanz in 1% Natronlauge gelöst und aus der filtrirten braunen Lösung durch

verdünnte Schwefelsäure wieder abgeschieden. Es fallen dabei graubraune Flocken aus (= 0,2—0,5% der ursprünglichen frischen Drüsensubstanz).

Das so erhaltene Thyrojodin ist eine braungefärbte, amorphe Substanz, welche beim Erhitzen unter starkem Aufblähen und Entwicklung des Geruchs von Pyridinblasen sich zersetzt. Es ist in Wasser fast unlöslich, löst sich schwer in Weingeist, dagegen leicht in verdünnten Alcalien und wird aus der Lösung durch Säuren wieder gefällt. Es giebt keine Eiweissreaction, enthält aber stets Phosphorsäure in organischer Verbindung (0,4 bis 0,5 %). Dieser Umstand lässt vermuthen, dass es sich um ein Spaltungsproduct einer Nucleinsäure handelt. Höchst merkwürdig ist aber, dass das Thyrojodin eine Jodverbindung ist, welche das Jod in relativ beträchtlicher Menge (einmal 2,9 %, das andere Mal 9,3 %) und in sehr fester Verbindung enthält.

Auch in der Schilddrüse vom Menschen und Schwein konnte B. die Anwesenheit von Jod nachweisen. Dr. Roos hat durch eine grosse Anzahl von Einzelversuchen an Menschen und Thieren den sicheren Nachweis geliefert, dass das Thyrojodin die wirksame Substanz der Schilddrüse vorstellt.

Referent möchte darauf hinweisen, dass bereits vor Jahresfrist Prof. Kocher auf die fast identischen Wirkungen von Jodpräparaten und Schilddrüsensaft hingewiesen und die Vermuthung ausgesprochen hat, dass Jod die wirksame Substanz dieser Drüse sein möge, andererseits aber auch darauf, dass ein anderer Forscher (Nencki?) niemals Jod gefunden haben will und neuerdings Töpfer (nach einer Mittheilung in der Gesellschaft der Aerzte zu Wien vom 7. Februar d. J.) in der Ochsenschilddrüse das Vorhandensein jeglicher Spur von Jod ableugnet.

Buschan.

---

320) **Gottstein:** Versuche zur Heilung der Tetanie mittelst Implantation von Schilddrüse und Darreichung von Schilddrüsenextract, nebst Bemerkungen über Blutbefunde bei Tetanie.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1895. 3.)

G. beschreibt die Krankengeschichte einer Frau von 32 Jahren, bei der im 12. Lebensjahre Tetanie ohne ersichtliche Ursache sich zu entwickeln begann. Mit den Jahren nahmen die Anfälle an Ausdehnung zu, es wurden Arme, Beine, Hals, Rumpf ergriffen. In der letzten Zeit kamen die Anfälle Tag und Nacht wieder. Zweimal Bewusstseinsverlust. Zuletzt häufiger während der Nacht. Die Anfälle sind meist auf die rechte Seite beschränkt, nur bei sehr starken Anfällen contrahirten sich auch die Muskeln des linken Oberarms.

Da keine Thyreoidea bei der Patientin nachgewiesen werden konnte, wurde ihr von einer anderen Patientin, die an einer Struma litt, Thyreoidealgewebe von der Menge etwa einer reichlichen Hälfte einer normalen Thyreoidea in eine Tasche zwischen Fascie und Peritoneum eingenäht. Heilung primär. So lange die Drüse reactionslos in der Tasche blieb, gingen die Anfälle zurück, kehrten jedoch später in alter Heftigkeit wieder, als sie vereiterte. Nach $^3|_4$ Jahren wurde wieder ein Stückchen Struma, diesmal in das Abdomen der Patientin, versenkt. Auch dieses Mal hörten die Anfälle nach 5 Tagen acut auf und kamen dann allmählich wieder, wahrscheinlich weil die Drüse resorbirt wurde. Hierauf wurde Patientin mit

Pillen behandelt, die aus Kalbsthyreoidea hergestellt waren, und zwar mit steigenden Dosen. Daraufhin liessen die Anfälle an Zahl und Intensität nach, Patientin kann ihre Wirthschaft wieder besorgen und hat an Intelligenz zugenommen. Das Trousseau'sche und Chvostek'sche Phänomen kann nicht mehr erzeugt werden. Was den Blutbefund anlangt, so stieg der Hgb.-Gehalt während der Behandlung um 20% und näherte sich dem Normalen, die Zahl der Erythrocyten verdoppelte sich und wurde normal, nur ein geringer Grad von Prikylocytose blieb bestehen; ebenso wird ihre Grösse normal, während sie vor der Behandlung abnorm klein waren. Die Leukocyten vermehrten sich scheinbar. Vor der Behandlung war das Verhältniss 1 : 1305, nach 2 Monaten 1 : 250 (zu beziehen auf die Vermehrung der Erythrocyten. — Es wurde also in diesem Falle von idiopathischer Tetanie durch Behandlung mit Schilddrüsensaft wenn auch keine Heilung, so doch eine wesentliche Besserung erreicht. Dauber.

---

321) **Th. Taty** (Lyon): Étude clinique sur l'action thérapeutique du bromure de potassium associé à l'adonis vernalis et à la codéine (formule de Bechterew) dans le traitement de l'épilepsie.

(Lyon médical 1895, Nr. 52; 1896, Nr. 1 u. 2.)

Bechterew will bekanntlich durch die Verbindung von Bromkali mit Adonis vernalis und Codeïn eine beträchtliche Abnahme der Intensität und Zahl der Anfälle in allen von ihm so behandelten Fällen von Epilepsie constatirt haben. Daraufhin hat Taty bei einer Reihe von Epileptikern im Asyle de Bron das gleiche Verfahren eingeschlagen.

An 17 Personen wurden die 3 Medicamente in rapide gesteigerten Dosen verabfolgt. Der Zweck der Versuche war der, festzustellen, 1. ob ein Einfluss der Methode auf die Krisen besteht und 2. ob gerade die Verbindung der 3 Medicamente im Stande sei, vor den schädlichen Folgen des Bromgenusses zu schützen, die Toleranz zu heben, die Accumulation und die cerebralen Folgeerscheinungen zu vermeiden. Das Resultat war, dass die Combination der 3 Medicamente die hauptsächlichsten Unannehmlichkeiten der Brombehandlung nicht vermeiden lässt. Nur manchmal blieb die Herzfrequenz normal. Constipation war die Regel; Somnolenz fast immer deutlich vorhanden. Die Folgezustände bei plötzlicher Unterbrechung der Kur waren die gleichen wie bei Behandlung mit Brom allein und plötzlichem Aussetzen. Am Ende des 2. oder 3. Tages zeigten sich bereits Serien von Anfällen, die mehr oder weniger von Agitation begleitet waren. Jedoch blieben gefährliche Impulsionen aus, trotzdem manche Kranke sehr impulsiv waren. Buschan.

---

322) **A. D. Rockwell** (New-York): The preventive treatment of seasickness.

(The Medic. Record, 25. Januar 1896.)

Die Theorie, dass die Erscheinungen der Seekrankheit abhängen von functionellen Störungen des Centralnervensystems in Folge der durch das Schiff verursachten Erschütterungen, scheint richtig zu sein. In Folge dessen ist der Gebrauch der Bromide, durch welche das Sensorium abgestumpft, in gewissem Maasse anästhesirt und gegen leichtere moleculäre Veränderungen unempfindlich gemacht wird, durchaus rationell. Doch verhindern sie, und unter ihnen vor Allem das Natr. bromatum, nach Verf.

die Krankheit nur dann, wenn sie längere Zeit hindurch in so grossen Dosen gegeben werden, dass wenigstens in den ersten Tagen eine dauernde „Bromisirung" statthat. Voigt.

---

323) **Alexander Wade** (Danbury, Conn.): Successfull use of gold in two cases of nervous diseases.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1895, Nr. 2.)

Verfasser erzielte in 2 Fällen von Neurose, in denen alle möglichen Medicamente und Kuren, wie Bromkali, Belladonna, Chloral, Hyoscyamin, Eisen, Strychnin, Arsen, Phosphor, Bäder, Massage, Diät etc. ohne Erfolg versucht worden waren, durch Goldarsen (3 mal täglich 5 Tropfen, ansteigend bis 8 Tropfen) prompte und anhaltende Heilung. Der eine Fall betraf eine Hystero-Neurasthenische, der andere einen früher an Tetanie Erkrankten, der zur Zeit an bilateralen tonischen Krämpfen in beiden Armen und Beinen litt. Buschan.

---

324) **Otto Dornblüth**: Zur Behandlung gewisser spastischer Neurosen (Bronchialasthma, Schreibkrampf, Tic convulsif u. s. w.).

(Münch. medic. Wochenschr.)

D. legt das Hauptgewicht auf die Bekämpfung der nervösen Anlage, deren Bedeutung für das Zustandekommen jener Neurosen zweifellos sei. Ausgenommen die Fälle von Bronchialasthma (tonischer Krampf der Bronchialmuskel), wo die reizauslösende Bronchiolitis durch Jodkalium geheilt werden kann, kommt ausgesprochene Heilwirkung auch für die übrigen spastischen Neurosen einem Verfahren zu, das in einer bestimmten Verabreichung von Opium oder Codein besteht.

Mit der genaueren Beschreibung der Methode will D. noch zuwarten, bis mehr Beobachtungsmaterial vorliegt.

Dr. Blachian (Werneck).

---

325) **R. Friedländer**: Beiträge zur Anwendung der physikalischen Heilmethoden. Auf Grundlage der Einrichtungen des Augusta-Victoria-Bades und unter Mitwirkung von Architect H. Weidmann.

(Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1896, 121 Seiten, viele Abbildungen.)

In der Hauptsache eine detaillirte Schilderung des grossartigen Heilapparates (Wasser, Bäder, Electricität, Inhalation, pneumatische Behandlung, Heilgymnastik, Massage) in dem neuerbauten Augusta-Victoriabade von seinem Dirigenten, wobei gelegentlich auch mehr oder minder ausführliche Notizen über die Bedeutung und die Indication der einzelnen physikalischen Heilmethoden eingeflochten werden. Im Besonderen erfährt die medicomechanische Anlage eine eingehende Beschreibung; jeder Apparat, seine Handhabung und Wirkung werden in Wort und Bild erläutert.

Das Augusta-Victoriabad verdient als Musteranstalt in jeder Hinsicht betrachtet zu werden. Wir schliessen uns dem Wunsche des Verfassers an, dass von Seiten des Staates besonders in Verbindung mit den Universitäten Institute wie das vorliegende geschaffen werden mögen, welche gleichzeitig medicinisch-hygienischen und Unterrichtszwecken zu dienen bestimmt wären. Dann erst werden die zur Zeit von Aerzten leider immer noch vernachlässigten physikalischen Heilmethoden die gebührende Aner-

kennung finden. — Die Schrift ist mit wohlgelungenen Abbildungen und Plänen reich ausgestattet. **Buschan.**

---

326) **Frenkel:** Die Behandlung der Ataxie der oberen Extremitäten. (Zeitschr. für klin. Medicin, Bd. 28, H. 1.)

Die Ataxie der oberen Extremitäten, die man bei Prüfung durch feine Bewegungen der Hände und Vorderarme viel häufiger findet als bei der fast nur die Thätigkeit der Oberarme und Schultern in Anspruch nehmenden Probe durch Zusammenführen der Zeigefinger bei ausgestreckten Armen, behandelt F. durch methodische Bewegungsübungen, die einfachere und complicirtere Bewegungen verlangen und deren Methode und Apparate genauer im Original nachzusehen sind (einfache Zeichnungen, Einstecken von Stöpseln in bestimmte auf Brettern angebrachte Löcher, Wegnehmen von dort und Einstecken in andere Löcher, Erfassen von schwingenden Kugeln etc.). Dies sind nicht rein mechanische Uebungen, sondern Uebungen der psychischen Thätigkeit. Wenn diese Uebungen auch nicht die Rückenmarksveränderungen heilen, da sie sich nur gegen das Symptom wenden, so leisten sie doch recht Gutes. Der Erfolg scheint dauernd zu sein, sobald der Kranke nur in Uebung bleibt. **Dauber.**

---

327) **B. Vorotynsky:** Sur l'importance de la distension de la colonne vertébrale en position horizontales dans les myélites par compression. (Revue neurologique Nr. 3, 1896.)

Der Verfasser beschreibt in obiger Mittheilung einen Apparat, welcher es ermöglicht, bei bettlägerigen Kranken die Suspension in der horizontalen Lage vorzunehmen.

Der Apparat besteht aus einem Halsstück (Zaume) ähnlich wie bei dem Sprimon'schen Apparate und einer Armstütze. An beiden Theilen sind Riemen mit Ringen an den Enden angebracht. Nachdem man den Kranken im Bette auf den Rücken gelegt und das Halsstück und die Armstützen gehörig angelegt hat, hängt man an die Riemen eine Schnur mit Gewichten, welche man über einen am Kopfende des Bettes angebrachten Flaschenzug gehen lässt. Mit Hilfe eines gewissen Gewichtes erhält man die gewünschte Streckung der Wirbelsäule, indem das Gewicht des Körpers des Kranken als Gegengewicht dient.

Was die Grösse des angewendeten Gewichtes anbelangt, so muss man einerseits die Kraft des Kranken, andererseits den Sitz des Krankheitsherdes in Betracht ziehen. Bei relativ kräftiger Constitution und Localisirung des Krankheitsherdes im Bereich der Dorsalwirbel kann man eine erhebliche Streckung ohne nachtheilige Folge vornehmen. V. gebraucht Gewichte bis zu 60 Pfd., gewöhnlich jedoch nur von 40—50 Pfd. Bei Affectionen der Cervicalregion wurde mit Rücksicht auf den Umstand, dass bei solchen das Halsstück allein anwendbar ist, die Streckung mit geringem Gewicht (5 Pfd.) begonnen und über 15—20 Pfd. nicht hinausgegangen.

V. wendet diese Art der Suspension in Anbetracht des geringen gebrauchten Gewichtes während des ganzen Tages an; der Apparat wird nur während der Nacht entfernt. Bei mehreren Fällen von Compressionsmyelitis in Folge von Wirbelcaries, in welchen man das Verfahren mehrere

Monate anwendete, wurden gute Erfolge erzielt. Zwei mitgetheilte Fälle illustriren dies. L. Löwenfeld.

328) **A. Massy** (Bordeaux): Étude clinique et thérapeutique sur l'électrisation électro-statique ou franklinisation.
(Revue internat. d'électrothérapie, publiée par G. Gautier et J. Larat, Paris 1896, VI, Nr. 5 u. 6, S. 138.)

Nach einer Schilderung der physiologischen Erfahrungen bei Anwendung des Franklin'schen Stromes — Franklin'sches Bad: mächtige Anregung und Regulation der Functionen der Ernährung und Innervation (Zunahme der Pulsfrequenz, leichte Steigerung der Temperatur, Zunahme der dynamometriischen Kraft, Zunahme der Phosphorsäure- und Chlorideausscheidung, sowie des Harnstoffs im Urin, Zunahme des Körpergewichts) nach Vigouroux, d'Arsonval, Damian, Morton; electrischer Wind: Abnahme der Temperatur an der vom Wind getroffenen Stelle nach Lecercle; Funken: Erweiterung der subcutanen Hautgefässe und Contraction der unter der Applicationsstelle gelegenen Muskeln; Büschelstrom: Wirkung gemischt, zum Theil aus der des Funkens, zum Theil aus der des Windes bestehend; Friction über den Kleidern: Erweiterung der subcutanen Gefässe und Erregung der Hautsensibilität — giebt Verf. ein Resumé seiner Erfahrungen über die so zu behandelnden Krankheiten, die Behandlungsmethoden und die erreichten Erfolge.

Der Franklin'sche Strom empfiehlt sich bei folgenden Krankheiten:

1. Chorea. Die Franklinisation erweist sich nützlich bei der gewöhnlichen Chorea leichten und mittleren Grades; contraindicirt ist sie bei Complication mit Endocarditis und acutem Rheumatismus. Methode: Im Anfange ein statisches Bad von 10 Minuten Dauer, 1—2mal am Tage; später ausserdem noch leichte Frictionen über der Rhachis und den Extremitäten; Dauer der ganzen Sitzung jetzt 15 Minuten.

2. Hysterie. Hier erfahren in erster Linie die Störungen der Innervation günstige Beeinflussung; bei der normalen Hysterie die Anästhesien, Hyperästhesien, Analgesien, Hyperalgesien, Amyosthenie, Contracturen, bei der pathologischen Form die Paralysen, Contracturen, Astasie-Abasie, Spasmen, Zittern, Neuralgien und Oedeme. Methode: Langsame Gewöhnung an die verschiedenen Verfahren. Im Anfange ein statisches Bad; später erweisen sich nützlich starke Funken in Fällen von Anästhesie, Analgesie, Paralyse, schwache Funken oder Büschelstrom bei Amyosthenie, Oedem, Astasie, Abasie, Reibungen und electrischer Wind bei Hyperästhesie, Hyperalgesie, Contractur, Spasmus, Zittern, Neuralgie.

Bei traumatischer Hysterie werden die Lähmungen, Contracturen und Schmerzen sehr glücklich bekämpft. Methode dieselbe, nur etwas energischer.

3. Neurasthenie. Dieselbe bietet das günstigste Object für Franklin'sche Behandlung. Die Erfolge sind grossartig in jenen Fällen, in denen es sich in erster Linie um Störungen der Innervation und Ernährung handelt. Methode wechselt nach den klinischen Erscheinungen. Bei Kopfschmerz, gestörtem Schlaf, intellectuellen Störungen Wind auf den Kopf, die Stirn und den Nacken; bei Rhachialgie und Hyperästhesie der Wirbelsäule Frictionen derselben; bei Amyosthenie starke Funken, gezogen längs der Wirbelsäule und über den ganzen Körper; bei gastrischen Störungen Funken und

Frictionen über der Magengegend, bei intestinalen Störungen Funken entlang dem Dickdarm, besonders im Niveau der Fossa iliaca sinistra; bei sexuellen Störungen am männlichen Geschlecht Frictionen über der Lendengegend (bei genitaler Uebererregbarkeit und Spermatorrhoe), Funkenziehen an derselben Stelle (bei Impotenz), am weiblichen Geschlecht Funkenziehen aus der Lumbalgegend (bei Impotenz), Frictionen ebendaselbst und aus der Gegend über Uterus und Ovarien (Dysmenorrhöe und Beckenneuralgie). Die Dauer jeder einzelnen Sitzung ist davon abhängig, ob die Neurasthenie sich durch Erschöpfung oder Aufregung characterisirt. Im ersteren Falle beträgt die Dauer mindestens 20 Minuten ($^1/_3$ davon auf das Bad), im letzteren Falle höchstens 10—12 Minuten ($^1/_2$ davon auf's Bad).

4. Chronischer Rheumatismus. Hier wirkt die Franklinisation sowohl local als auch auf den Krankheitsprocess ein. Methode: Statisches Bad, Frictionen der Wirbelsäule und der schmerzhaften Gelenke.

5. Chronische Gicht und Muskelrheumatismus. Erfolg und Methode dieselben.

6. Diabetes. Es ist ausschliesslich der diabète sucré, der in den Bereich der Behandlung fällt. Schon Vigouroux hat gezeigt, dass bei Glycosurie die Menge des Zuckers unter Franklinisation rapid abnimmt oder ganz verschwindet. M. hat einen Fall behandelt, bei dem ein während 18 Monaten durchgeführtes hygienisches und pharmaceutisches Régime nur einen recht mässigen Erfolg aufzuweisen hatte, eine damit verbundene Franklinisation dagegen innerhalb 2 Monaten sämmtliche functionellen nervösen Erscheinungen zum Schwinden brachte und die Glycosurie gleichzeitig reducirte. Methode: Davon abhängig, ob der Kranke auffällige nervöse Symptome darbietet oder nicht. Im ersten Falle statisches Bad (10 Minuten lang), Frictionen oder Funkenziehen aus der Wirbelsäule und den betheiligten Körperstellen (20 Minuten), auch Kopfdouche, im zweiten Falle im Anfange der Sitzung energische Frictionen aller Körperstellen (5 Minuten), dann Bad (15 Minuten).

7. Neuralgien. Erfolge bei essentiellen Formen, d. h. ohne organische Veränderungen in den Nerven, also bei Neuralgien auch dyscrasischer Diathese oder Neurose und Reflexneuralgien. Die essentiellen werden zumeist vollständig und dauernd geheilt; am meisten widerstehen noch Reflexneuralgien. Methode: Zwei Minuten lang Bad, dann kräftige Friction der schmerzenden Punkte am Körper, Wind bei solchen im Gesicht während 10—12 Minuten.

8. Migräne. Auch hier hat die Franklinisation sehr schöne und gleichzeitig anhaltende Erfolge zu verzeichnen. Methode: Wind auf den Kopf während 10—12 Minuten.

Buschan.

329) **Krönlein**: Zur Trigeminus-Chirurgie.

(Beiträge f. klin. Chirurgie, XIV, 3.)

Krönlein liefert einen Beitrag zur retrobuccalen Methode der Freilegung des V_3 und berichtet über 2 nach seiner Methode operirte Fälle. In einem konnte er mit Benützung der Thiersch'schen Nervenaufrollung den Strang des Inframaxillaris noch in seinem intracraniellen Verlaufe, d. h. mit einem Theile des Ganglion Gasseri eliminiren. — Auf dem

französischen Chirurgen-Congress (21.—26. October 1895) in Paris berichtete Malherbe über einen mehrfach ohne Erfolg neurotomirten Fall von Tr. neuralgia, Guinard über 3 erfolgreiche durch Resection des Supramaxillaris mit seinem Ganglion operirte Fälle. Auch Chalot theilt eine Heilung mit durch das Lossen-Braun'sche Verfahren und erzählte von einem Falle, in dem er mit dem Tenotom das Ganglion Gasseri angreifen wollte, aber in den Sinus cavernosus gerieth, was, trotz intracranieller Tamponade, eine tödtliche Blutung verursachte. (Nach einem Referat in der Semaine méd.)

Erlenmeyer.

---

330) **S. V. Clevenger** (Chicago): Conservative Brain Surgery. (Conservative Gehirnchirurgie.)

(Reprinted from the Journal of the American Medical Association, June 29, 1895.)

Sonderbare Früchte scheint der Operationseifer einzelner amerikanischer Gehirnchirurgen zu zeitigen. So hat Dr. Lanphear, ein glänzender Operateur, in Vorlesungen über intracranielle Chirurgie eine Reihe von Regeln für die Trepanation wegen geistiger Störung aufgestellt, welche von Clevenger in obigem Aufsatze vom Standpunkt des erfahrenen Psychiaters einer scharfen Kritik unterzogen und zum grössten Theil als sehr bedenklich characterisirt werden. Wir müssen uns begnügen, hier einzelne der von L. aufgestellten Sätze und der von Cl. daran geknüpften Bemerkungen anzuführen.

L.'s 3. Satz lautet: Der Schädel sollte in allen Fällen von durch Trauma bedingtem Irrsinn sobald als möglich nach der Entwicklung der psychischen Symptome geöffnet werden. Cl. bemerkt hiezu, dass in solchen Fällen sich die Symptome gewöhnlich viele Jahre nach der Verletzung entwickeln und dass alsdann in der grossen Mehrzahl der Fälle das Gehirn bereits eine andauernde Veränderung ohne bestimmte Localisation erfahren hat. „Welchen Nutzen würde hier die Oeffnung des Schädels bringen, abgesehen von der Erlangung eines Honorars (aside from making fee)?

Zu L.'s 9. Satz: Operation bei epileptischer Geistesstörung ist rathsam, wenn immer auf eine Herdläsion hinweisende Symptome vorhanden sind, bemerkt Clevenger, dass solche Fälle ausserordentlich selten sind und die Gehirndesorganisation neben der Herdläsion in denselben zu weit gediehen ist, um der Operation eine Aussicht auf Erfolg zu gewähren L.'s Satz 10 gegenüber: Experimentelle Trepanation in dem Frühstadium der Paralyse wird als weiterer Versuche werth erachtet, erklärt Cl., dass jeder derartige Versuch bisher entschieden fehlschlug.

In seinen Schlussausführungen wendet sich Cl. mit beissendem Spotte gegen die Chirurgen, die unbeschwert durch psychiatrische Kenntnisse mit Messer und Trepan an die „Kur" unheilbarer Dementer, Imbeciller und ähnlicher Unglücklichen gehen, ohne sich um den Rath des Psychiaters zu kümmern.

L. Löwenfeld.

---

331) **M. Allen Starr** (New-York): A contribution to brain surgery, with special reference to brain tumors.

(The Medic. Record, 1. Febr. 1896.)

Verf. führt zunächst kurz an, dass die einzige Art der Epilepsie, die etwa auf operativem Wege geheilt werden könne, die sogenannte corticale sei, bei der eine reizende Läsion einer Gehirngegend localisirte Symptome

hervorrufe. Doch komme er auch bei dieser Form in Folge der sich täglich mehrenden Erfahrungen mehr und mehr davon zurück, chirurgisch einzugreifen. Sodann sagt er, dass die von den verschiedensten Autoren in den letzten 3 Jahren gemachten Erfahrungen das bestätigen (cfr. vor Allem Bruns. Ref.), was er in seiner „Hirnchirurgie" schrieb, — dass sich nämlich unter 100 Fällen von Hirntumoren nur etwa 7 zur Operation eignen. Zwar giebt es eine Anzahl bedeutender Chirurgen, die in jedem Falle von Hirntumor operiren wollen und wäre es nur, um durch Herausnehmen eines Schädelstücks die Drucksymptome auf Zeit zu heben. Dagegen sei nichts einzuwenden, doch müsse nicht ausser Acht gelassen werden, dass es eine Reihe von Fällen gäbe, in denen der durch Tumoren, auch nicht syphilitischer Natur, Cystosarcome u. s. w. gesetzte intracranielle Druck durch energische Quecksilber- und Jod-Kuren nicht nur wesentlich, manchmal bedeutend herabgesetzt werde, ja manchmal Heilung erfolge. Weiter bespricht Verf. die Schwierigkeiten, mit welchen die Diagnose der Art und des Sitzes des Tumors verbunden ist; sie zu überwinden, gelinge nur in einer kleinen Anzahl von Fällen. In diesen aber sei die Prognose günstig, vorausgesetzt nur, dass der Tumor klein ist, auf und nicht in der Hirnrinde sitzt, ohne wesentliche Nebenverletzungen entfernt werden kann. — Endlich giebt Verf. auf 5 Tafeln eine Zusammenstellung der von ihm gesammelten Fälle operirter Hirntumoren:

		Hirn	Kleinhirn	Summa
1. Tafel:	Zahl der operirten Fälle	137	25	162
	Fälle, in welchen ein Tumor nicht gefunden wurde	39	9	48
	Fälle, in welchen ein gefundener Tumor nicht entfernt wurde	5	2	7
	Fälle, in welchen ein Tumor entfernt wurde und Patient genas . . .	65	7	72
	Fälle, in welchen ein Tumor entfernt wurde und Patient starb . . .	28	7	35

2. Tafel: Art der entfernten Tumoren und Erfolg der Operation.
3. Tafel: Litteratur der Fälle, in welchen der Tumor mit Erfolg entfernt wurde.
4. Tafel: Litteratur der Fälle, in welchen trepanirt, der Tumor aber nicht entfernt wurde.
5. Tafel: Litteratur der Fälle, in welchen trepanirt, ein Tumor aber nicht gefunden wurde.

Voigt.

---

332) **Tilmann**: Zur Behandlung der Meningocele. (Nach einem in der Gesellschaft der Charité-Aerzte gehaltenen Vortrage.)

(Berliner klinische Wochenschrift 1895, Nr. 48.)

T. bespricht 2 von Bardeleben operirte Fälle von Meningocele.

Im ersten Falle soll die Geschwulst bei der Geburt apfelgross gewesen sein, sich aber in den nächsten 8 Tagen verkleinert haben. 3 Wochen nach der Geburt war die durch einen federkieldicken Strang an der kleinen Fontanelle mit dem Inneren des Schädels in Verbindung stehende weiche

fluctuirende Geschwulst wallnussgross; mässiger Druck auf dieselbe bewirkte nur Unruhe und Cyanose. — Bei der Operation wurde der Strang, der sich frei von Hirnbestandtheilen erwies, durchschnitten. Glatte Heilung, die auch $1^1/_4$ Jahr anhielt. Druck auf die Narbe ohne Beschwerden. Kein Hydrocephalus. Die Geschwulst war eine Encephalocystomeningocele.

Bei dem zweiten Kinde war die Geschwulst am Tage nach der Geburt am Hinterkopf so gross wie der Kopf des Kindes und stand durch einen Defect im Hinterhauptsknochen mit dem Schädelinnern in Verbinduug, auf welches sich die Fluctuation fortpflanzte. Bei Druck auf den Tumor Cyanose des Gesichts und des ganzen Körpers, clonische Zuckungen im Gesicht, sowie Contraction in den Armmuskeln. Auch sonst ab und zu Spasmen in den Armmuskeln. Schädel hydrocephalisch.

Es handelte sich um eine Meningocele mit chronischem Hydrocephalus. Die Durchleuchtung mit der electrischen Lampe ergab wie im ersten Fall, dass keine Hirnsubstanz in der Geschwulst war. Der Vater bestand auf einer Operation, nach welcher sich das Kind zunächst sichtlich erholte, bis am 11. Tage mit Brechdurchfall zugleich Spasmen in der Extremitätenmuskulatur, Nystagmus, clonische und tonische Krämpfe im ganzen Körper und rechtsseitige Facialislähmung und Zwerchfelllähmung eintraten, während der Schädel an Umfang zunahm. Die Quincke'sche Punction blieb erfolglos. Am 22. Tage nach der Operation exitus letalis.

Die Obduction ergab so hochgradigen Hydrocephalus internus, dass von der Hirnsubstanz der Hemisphären kaum fingerbreite Reste und von den Ganglien nur etwas dickere Partien vorhanden waren.

Der letale Ausgang war also durch die Weiterentwicklung des gleichzeitig bestehenden Hydrocephalus internus bedingt.

Hoppe.

B. Psychiatrie.

1. Pathologische Anatomie und allgemeine Pathologie.

333) **C. J. Ellefsen**: Et Tilfælde af Hjernekontusion med sekundär, akut Amentia og Död.

(Norsk Magaz. f. Lægevidensk. 1896. 57. Jahrg, S. 397.)

Ein 54jähriger Mann, welcher ca. 3 Monate vorher ein paar heftige Stösse an den Kopf erhalten hatte, bekam Anfälle von heftigen Kopfschmerzen. Er wurde deprimirt, magerte ab und sein Aussehen wurde bleich und leidend. Der Schlaf wurde unruhig, die Kopfschmerzen nahmen zu und es entwickelte sich ein Zustand von acuter Verwirrung mit Hallucinationen, welche nach ein paar Wochen unter den Zeichen von zunehmendem Hirndruck in einen comatösen Zustand und mit dem Tod endigte. — Die Section zeigte in der Regio parietalis zwischen Schädel und Dura ein Blutextravasat von der Grösse etwa zweier Esslöffel, welches die Hirnwindungen beträchtlich applanirt hatte.

Koch (Kopenhagen).



334) **Pool Heiberg:** Stige og synke Antallene af Dödsfald af generel Parese paa St. Hans Hospital i Forhold til Svingningerne i Antallet af Syfilitikere i Köbenhavn? (Das Verhältniss zwischen den Todesfällen an Paresis general. im St. Hans-Hospital und den Syphilisfällen in Kopenhagen.)
(Bibliotek for Lægev. 1896, S. 112.)

Ungefähr alle Fälle von progr. Paralyse, welche in Kopenhagen entstehen, sterben früher oder später im St. Hans-Hospital, so dass man durch Vergleiche der Anzahl von Syphilisfällen in Kopenhagen und von Todesfällen im St. Hans-Hospital einen ziemlich genauen Ausdruck des Verhältnisses zwischen den genannten Factoren erhält. Die Zeit, welche von der Infection mit Syphilis bis zu dem Entstehen der generellen Parese verläuft, wird von dänischen Autoren (Rohmell, Jespersen) zu ca. 12 Jahren angegeben. Die Durchschnittsdauer der progr. Paralyse ist 3 Jahre. Es zeigt sich nun wirklich, dass dem Maximum der Syphilisfälle im Jahre 1869 ein Maximum der Todesfälle an progr. Paralye im Jahre 1884 entspricht. Die Anzahl der Syphilisfälle sinkt wieder nach dem Jahr 1869 bis 1876, steigt dann gleichmässig bis zu einem zweiten Maximum im Jahre 1886. Besteht ein wirkliches causales Verhältniss zwischen den zwei Factoren, muss man also ein Maximum der Todesfälle an genereller Parese im Anfange des nächsten Jahrhunderts wieder erwarten. Betreffend der einzelnen Zahlen muss auf die Originalabhandlung verwiesen werden.

K o c h (Kopenhagen).

---

335) **N. Bullard:** The diagnosis of pachymeningitis interna hæmorrhagica.
(Journ. of nerv, and ment. dis. 1895, Nov.)

Die Pathologie der Pachymeningitis hæmorrhagica interna ist eine noch unklare, wenngleich so viel als höchst wahrscheinlich gelten kann, dass dieses Leiden nicht entzündlichen Ursprunges ist. B. unterscheidet folgende 3 Formen: a) die traumatischen Fälle beim Erwachsenen, b) die Fälle, die in der Kindheit bereits und für gewöhnlich in Folge von anhaltendem oder starkem Druck auf den Schädel während der Geburt entstehen, c) die idiopathischen Fälle, sichtlich nicht traumatischen Ursprungs, die gewöhnlich im erwachsenen Zustande und in Verbindung mit chronischen Hirnkrankheiten, Geisteskrankheit, Paralyse der Irren und Alcoholismus auftreten. Mit der letzteren Form beschäftigt sich B. in Folgendem: Er stellt für sie im Gegensatz zu anderen Formen der Hämorrhagie folgende Gesichtspunkte als characteristisch auf: 1. die subdurale Hämorrhagie ist besonders der Dementia paralytica und den chronischen Geisteskrankheiten und nicht selten dem chronischen Alcoholismus eigenthümlich. 2. Das Leiden setzt mehr graduell ein und zeigt ein ungewöhnlich langes Stadium der Reizung. 3. Die Erscheinungen der Reizung stehen im Vordergrunde. Allgemeine epileptiforme Convulsionen oder locale convulsive Zuckungen kommen gelegentlich vor. 4. Die eigenthümliche Steifheit, die sich auf eine Extremität in Verbindung mit Symptomen der Hämorrhagie localisirt, wofern auch keine Affection wie Tubercularmeningitis besteht, sowie das Freibleiben cranialer Nerven sind pathnogmonisch wichtig. Die Behandlung solcher Fälle besteht in der Entfernung des Gerinnsels; sie ist, sobald als die Diagnose gesichert gelten kann, einzuleiten. B u s c h a n.

---

336) **J. Starlinger:** Ein Fall von miliarer Embolie des Gehirnes mit Degeneration des Markes bei einer Geisteskranken.

(Jahrb. f. Psych. u. Neurol.. Bd. XIV, H. 3.)

Bei einer Geisteskranken, die an einer recidivirenden acuten hallucinatorischen Verwirrtheit gelitten hatte, ergab die Section bei der microscopischen Untersuchung ulcerirende Tuberculose, Endocarditis verrucosa und miliare Embolie des Gehirnes mit Degeneration der Markfasern. Die macroscopische Untersuchung des Gehirnes hatte keinerlei auffällige Veränderungen dargeboten. Der Verf. knüpft an die Besprechung dieses Falles die Mahnung, die Gehirne von Geisteskranken stets microscopisch zu untersuchen und empfiehlt für derartige Arbeiten aufs wärmste die Färbemethode von Marchi.

Behr.

---

337) **Charles L. Dana** (New-York): Deformity and paralysis of the uvula as a stigma of degeneration.

(Amer. Journ. of insanity, Bd. 52, 1896, S. 556.)

Verf. hat die Form, Grösse und Innervation der Uvula an 155 Geistesgesunden, 60 Neuropathischen (Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie, Tabes etc.) und 108 Geisteskranken (69 erworbener, 39 degenerativer Form) untersucht und folgendes Verhalten festgestellt:

Es hatten von den

	155 Normalen	57 Neuropathischen	108 Geisteskranken	davon 69 acquir.	davon 39 degener.
Eine gekrümmte (seitwärts gebogene) . .	13%	22%	31%	20%	54%
Eine nicht innervirte Uvula	27%	—	53%	—	—

Ferner: 50% der Geisteskranken zeigten eine Deformation; am häufigsten kam hiervon ein Abweichen des Zäpfchens nach einer Seite hin vor. Der Procentsatz war ein häufigerer bei den degenerirten Formen. An geisteskranken Männern kam diese Anomalie zu 32%, bei Frauen zu 29% vor; umgekehrt zeigte bei den degenerirten Formen das weibliche Geschlecht in dieser Beziehung eine grössere Häufigkeit. Hypertrophie und Verlängerung des Zäpfchens kam nicht abnorm häufig vor; auch bezüglich der degenerativen und nicht degenerativen Formen bestand hierin kein Unterschied. — Gespaltenes Zäpfchen wurde bei Geisteskranken nicht beobachtet.

Unter den neuropathischen Personen fand D. 3 mal ein gespaltenes, 13 mal ein seitlich abweichendes und 1 mal ein überzähliges Zäpfchen vor; unter den Normalen 2 mal (unter 54 Fällen) ein gespaltenes Zäpfchen, 1 mal eine Verdoppelung desselben. Das Vorhandensein eines seitlich verbogenen und nicht innervirten Zäpfchens bedeutet demnach ein Entartungszeichen.

D. beobachtete ferner, dass unter 86 Geisteskranken bei 28% ein Torus palatinus, unter den Neuropathischen bei 20%, unter den Normalen bei 15% in ausgesprochener Weise vorhanden war. Aei den degenerativen Formen belief sich der Procentsatz höher (43%) als bei den nicht degenerativen Formen (20%).

Buschan.

---

338) **W. Wanjura** (Berlin): Ueber die Verwerthung der hereditären Belastung bei gerichtsärztlicher Beurtheilung des Geisteszustandes von Verbrechern und Simulanten.

(V. f. g. M., III. Folge, XI. Bd., 2. H., 1896.)

Die auf eine überaus reiche Litteratur gestützte Arbeit erörtert die Beziehungen zwischen Heredität bei Geisteskranken und Verbrechern. Die aus verschiedenen Statistiken gewonnenen Zahlen gehen zwar noch weit auseinander, doch scheinen die meisten Forscher der psychopathischen Belastung bei Verbrechern ausserordentliches Gewicht beizulegen. Sommer (Allenberg) fand bei nicht criminellen Irren 30%, bei criminellen nur 22% (!) hereditär belastet. Lombroso dagegen ermittelte unter 100 Brandstiftern 60, 100 Dieben 97, 100 Mördern 12, 30 Nothzuchtsverbrechern 3 hereditär Beanlagte.

Der Verfasser nimmt nach Näcke 50—60% an. In seinen Schlusssätzen räumt er dem milieu social bei gegebener Disposition eine besondere Bedeutung ein, während er Verbrechen in der Ascendenz nur mit Vorsicht bei der Begutachtung verwerthet wissen will. Widerspruch wird seine 10. These erfahren: „Die körperlichen Degenerationszeichen haben einen untergeordneten Werth. Ihr Werth steigt mit dem Vorhandensein psychischer Stigmata.“ Die übrigen Sätze des Verfassers lehnen sich an Koch's Lehre von den „psychopathisch Minderwerthigen“ an.

Pollitz (Brieg.)

---

339) **Delbrück**: Ueber verminderte Zurechnungsfähigkeit bei moralischem Irresein.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1896, Nr. 10.)

Der Fall, den D. vor dem Schwurgericht zu X. zu begutachten hatte (Giftmord, von einer gewissen Z. an ihren 2 unehelichen Kindern verübt), bietet in hereditärer Hinsicht höchst interessante Thatsachen.

Alle zur Zeit in X. lebenden sehr zahlreichen Z.'s lassen sich auf einen Mitte des 17. Jahrhunderts geborenen Stammvater zurückführen, dessen Familie in der Gemeinde hohes Ansehen genoss. Von ihm stammen zwei Familien ab, von denen gegenwärtig etwa 70—90 Seelen leben, die gut situirt und wohlangesehen sind. Der Urenkel von dem 3. Zweige der Familie aber wurde Vagabund und heirathete eine Vagabundin. Dieses Paar hatte 7 Kinder, die in den folgenden, also in der 3., 4. und 5. Generation, die angeheiratheten Frauen eingerechnet, über 200 moraisch-defecte Nachkommen erzeugten.

1. Kind: In der 3. Generation ein kinderloses Mädchen und ein Sohn, der selbst Vagabund, Säufer und Dieb war und eine Frau heirathete, die Säuferin, Vagabundin und Dirne war. Dieselben erzeugten 8 Kinder, nämlich ein Mädchen mit 4 illegitimen Kindern, eine Dirne und Vagabundin, einen Dieb, Säufer, Vagabund und Mörder, eine Diebin und Vagabundin, eine Dirne mit 2 illegitimen Kindern, ein Mädchen, von dem nichts Besonderes gesagt ist, eine Vagabundin und Diebin mit 2 illegitimen Kindern, einen Säufer.

2. Kind: In der 3. Generation eine Vagabundin, eine Kindsmörderin, einen Säufer, welcher eine Frau aus berüchtigter Vagabundenfamilie heirathete. Dieselben erzeugten in der 4. Generation 13 Kinder, von denen

3 blödsinnig, mehrere mehr oder weniger schwachsinnig, moralisch defect, zum Betteln erzogen, Dirnen, Vagabunden und Blutschänder sind.

3. Kind: In der 3. Generation 2 Ehepaare, alle 4 defect, welche zusammen 9 Kinder erzeugten, wovon 7 zweifellos defect, 2 zur Zeit der Erhebung erst 16 bezw. 14 Jahre alt waren. In der 5. Generation sind 5 Kinder, sämmtlich unehelich geboren, vorhanden.

4. Kind: In der 3. Generation 4 defecte Kinder; 3 derselben, mit defecten Frauen verheirathet, erzeugten zusammen 24 Kinder: 1 illegitimes, 18 (von 2 Paaren) sämmtlich defect, zum Theil mit defecter Nachkommenschaft und 5 (von einem Paare), von denen nur bei einem der Defect besonders verzeichnet war.

5. Kind. Diese Familie ist aus X. seit längerer Zeit ausgewandert; über sie war nichts Näheres bekannt geworden.

6. Kind: In der 3. Generation 4 Kinder, worunter 1 gut situirter Mann ist, welcher eine Frau aus guter Familie geheirathet hat. Von den 7 Kindern aus dieser Ehe sind wiederum 2 Kinder gut situirt; eines derselben (verheirathet mit einem Manne aus der Verwandtschaft ihrer ehrenhaften Mutter) hat „einige gesunde Kinder“.

7. Kind: In der 3. Generation 3 Kinder, darunter ein Mann mit einer defecten Frau und 7 defecten Kindern, ein zweiter defecter Mann mit 5 zweifelhaften Kindern und endlich ein kinderloser Mann, der zwar dement, aber brav ist. Derselbe hatte aber anscheinend eine andere Mutter.

Der vorstehende Stammbaum ist in mehrfacher Hinsicht interessant. Er zeigt zunächst in glänzender Weise den degenerirenden Einfluss der Vererbung; dann weiter aber auch den regenerirenden Einfluss der Heirathen mit gesunden Personen (6. Kind). Schliesslich wird durch ihn noch sehr wahrscheinlich gemacht, dass auf der einen Seite gute Erziehung und günstig situirte Lebensstellung, auf der anderen böses Beispiel und missliche sociale Lage, also kurz das „Milieu“ auf die Entwicklung der moralischen Eigenschaften von Einfluss sind. In einzelnen Fällen wird nämlich ausdrücklich hervorgehoben, dass die Frauen der Familie Z. ihre Männer zum Vagabundiren verführt hatten.

Ein zweiter Fall, den D. nur kurz in seiner Stammesgeschichte vorführt, illustrirt die gleichen Verhältnisse (Vererbung der Degeneration, günstiger Einfluss der Erziehung, resp. Kampf zwischen vererbter Degeneration und günstigem Milieu). Buschan.

---

340) **William Philipp Spratling** (New-York): A brief study of the physiological epochs that predispose to insanity, with observations on the management of each.

(The Medic. Record, 19. Octocer 1895.)

Während des Wachsthums und der Entwicklung des Körpers giebt es bekanntlich gewisse wohl begrenzte physiologische Epochen, die an bestimmte Zeiten gebunden sind. Verf. nimmt 6 an (5 rein physiologische, 1 pathologisch-physiologische [die der Vererbung]) und untersucht, welche Geisteskrankheiten sich in jeder derselben hauptsächlich ausbilden.

In der 1. Epoche, der der ersten Kindheit wird nach Verf. nicht selten der Grund zu Geisteskrankheiten gelegt; die Dentition ver-

ursache häufig epileptiforme Krämpfe, aus denen sich allmählich echte Epilepsie entwickle, Die 2. Epoche, die der Pubertät, ist den Männern weniger gefährlich als den Frauen, da dei jenen im Gegensatze zu diesen die Entwicklung nur langsam und schrittweise vor sich geht. Die dieser Periode eigenthümlichen Geisteserkrankungen characterisiren sich beim Manne durch einfältiges, kindisches Wesen, Depression, die gelegentlich in tiefe Melancholie übergeht, Schwachsinn, körperliche Trägheit, systematische Wahnvorstellungen, — beim Weibe dagegen durch das Vorwiegen von maniacalischen Zuständen mit folgenden Sinnestäuschungen, fixen Ideen etc. Die hygienisch-diätetische Behandlung in einer Anstalt pflegt hier glänzende Erfolge zu haben. In der 3. Epoche, der der Gebärfähigkeit der Frau, entstehen Geisteskrankheiten am häufigsten und zwar kommen sie in allen Formen von den einfachen krankhaften Gelüsten bis zu tiefer Melancholie mit ausgesprochenem Selbstmordtriebe vor. Maniacalische Zustände stellen sich hier oft im Wochenbett ein. So fand Bevan Lewis z. B , dass unter 68 Wöchnerinnen 66°/0 an Manie und nur 33°/0 an Depressionszuständen erkrankten. Die Zeit der Menopause (4. Epoche) ist Frauen, die zu Geisteskrankheiten erblich disponirt sind oder die schon früher einmal geisteskrank waren, besonders gefährlich. Fast typisch sind hier mehr weniger starke Depressionszustände mit Selbstmordtrieb (letzteres in mehr als 50°/0), doch kommen gelegentlich auch maniacalische Anfälle vor. Die Behandlung muss eine tonisćne sein. In der 6., der senilen Epoche, kommt es am häufigsten zu (physiologischer?) Demenz. Melancholie begleitet recht oft die physiologische Involution des Gehirns; dabei findet sich in fast 79°/0 der Hang zum Selbstmord. Bei der senilen Manie handelt es sich meist nur um einfache maniacalische Erregungen ohne wesentliche Betheiligung der intellectuellen Fähigkeiten. Endlich erwähnt Verf. noch die Periode der Vererbung. Er meint hier hauptsächlich diejenigen Fälle, in welchen ein und dieselbe Geisteskrankheit sich von Vater auf Sohn, Enkel u. s. w. fortpflanzt und zwar so, dass sie diese einzelnen Familienglieder immer in demselben bestimmten Alter ergreift.

Voigt.

---

341) **Näcke** (Hubertusburg): Der Alcohol als ätiologisches Moment bei chronischen Psychosen. — Eine kritische Studie.

(Irrenfreund 1895, Nr. 3 u. 4.)

Verf. glaubt, dass die Gefahren des Alcoholismus heutzutage eher über- als unterschätzt werden. Wenn Smith behauptet, dass 25—40°/0 aller männlichen Geisteskranken ihre Erkrankung ausschliesslich dem Alcohol verdanken, so ist diese Zahl nach den Zusammenstellungen des Verfassers viel zu hoch gegriffen. Nach Ellis wurde unter 66,918 in allen Asylen Englands und Wales 1878—1887 aufgenommenen geisteskranken Männern Alcoholismus als Ursache nur bei 19,8°/0 angegeben. N. bedenkt aber nicht, dass gerade die so häufigen Fälle von kurz dauernden acuten Alcoholpsychosen gar nicht in die Irrenanstalten komme, sondern dieselbe zu Haus oder im Krankenhaus überstehen. Andererseits hat N. Recht, dass nicht alles, was auf Rechnung des Alcoholmissbrauchs geschoben wird, auch allein davon abhängt. Oft ist das Potatorium eher ein Symptom als die Ursache der Psychose. In den meisten besonders chronischen Fällen

von anscheinend alcoholistischer Grundlage spielen noch andere Ursachen eine wesentliche Rolle, und selbst die Zeichen des deutlichen chronischen Alcoholismus können noch nicht ohne weiteres als Zeugniss für die primäre, noch weniger für die alleinige alcoholische Ursache des Irreseins gelten. Doch muss N. zugeben, dass auch in diesen Fällen der Alcohol meist den Boden für die Psychose vorbereitet, welche dann durch andere Momente ausgelöst wird. Dann wird man aber, so möchte es dem Referenten scheinen, doch wohl den Alcohol als die Hauptursache der Psychose ansehen müssen.

Dass die Dipsomanie nicht als eine Folgekrankheit des Alcoholismus bezeichnet werden kann, betont N. mit Recht. Sie ist vielmehr zu den periodischen Geistesstörungen zu rechnen, welche im Beginn des Anfalls neben anderen Symptomen den Drang nach Spirituosen aufweist. Eine ähnliche Bewandtniss hat es nach N. mit der Alcoholparalyse, während bei der Alcoholepilepsie noch andere wichtigere Ursachen (giftige krampferzeugende Beimischungen der unreinen Alcoholarten) mitwirken mögen.

Dass der Begriff „Säufer“ nicht feststeht, kann man zugeben. Das „Vertragen“ spielt jedoch bei der Definition des Begriffes nach Ansicht des Referenten keine so bedeutende Rolle als N. meint, weil das Maass dessen, was jeder verträgt, ausser von individuellen Momenten von der Gewöhnung abhängt und sehr steigerungsfähig ist. Noch weniger aber kann man dem Verfasser beistimmen, wenn er die Diagnose „Säufer“ erst dann stellen will, wenn sich unzweideutige psychische und physische Symptome des Alcohol. chron. zeigen. Am richtigsten wäre es, Jeden, der gewohnheitsmässig Alcohol zu sich nimmt, einen Trinker zu nennen und mässige, starke und sehr starke Trinker zu unterscheiden.

Was die chronischen Geisteskrankheiten betrifft, so hat N. unter den Pfleglingen von Hubertusburg nur 3—4% finden können, bei welchen Alcohol als alleinige Ursache sicher nachgewiesen werden konnte, viel mehr allerdings, wo Alcohol mitwirkende Ursache war.

Wichtiger ist nach N. der Alcohol als vorbereitendes oder mitwirkendes Moment, am wichtigsten als depotenzirender Einfluss auf die Nachkommenschaft. Nach N. bildet die Vergiftung des „Keimplasma“ in der ganzen Alcoholfrage den Cardinalpunkt.

Zum Schluss skizzirt N. seine practische Stellung zur Alcoholfrage. Das rüstige Gehirn erleide durch mässigen Genuss von Alcohol kaum Schaden, nur das minderwerthige verlange Schutz. Principiell redet er auch der absoluten Abstinenz das Wort, glaubt jedoch nicht an die Durchführbarkeit derselben. Vor der Hand gelte es, Erreichbares anzustreben und den Missbrauch des Alcohols zu bekämpfen. Als Mittel dazu betrachtet N. Verdrängung des Schnapses durch leichte gute Biere, Regelung und Ueberwachung des Schankbetriebes, Verminderung der Vereinsmeierei, ausserdem Belehrung und Errichtung von Trinkerasylen (mit Zwangseintritt und womöglich einjährigem Aufenthalt). Der Arzt aber sollte den Alcohol am Krankenbett nur in den äussersten Fällen anwenden.

Hoppe.

---

342) **J. Hirschl**; Die Aetiologie der progressiven Paralyse.
(Jahrb. für Psychiatrie und Neurologie, XIV, H. 3.)

Da die progressive Paralyse mit der Entwicklung der Cultur zunimmt, so ist es von grösstem Interesse, die Ursachen dieser Erkrankung zu erforschen. Sind es vor Allem sociologische Factoren, wie die Erschwerung der Existenzbedingungen der Menschen, die diese Krankheit erzeugen, oder giebt es andere Gründe, welche man als Ursachen der fortschreitenden Lähmung der Irren anschuldigen muss? Hirschl versucht diese Fragen an der Hand von 200 Krankengeschichten aus der Wiener psychiatrischen Klinik zu beantworten. Zunächst ergab sich die Thatsache, dass 81% der Kranken Lues überstanden hatten, 56% waren zweifellos inficirt gewesen, während bei 25% die Infection mit grösster Wahrscheinlichkeit anzunehmen war. Dieser hohe Procentsatz bei den später an der progressiven Paralyse Erkrankten und die zahlreichen Fälle, in denen thatsächlich ein anderes krankhaftes Moment als die Lues nicht nachzuweisen war, spricht zu Gunsten jener Ansicht, dass ohne syphilitische Infection eine progressive Paralyse niemals eintrete. Alcohol und Blei erzeugen ähnliche Krankheitszustände, aber keine progressive Paralyse. Dass die progressive Paralyse durch ein „einheitliches ätiologisches Moment", die Lues, bedingt werde, dafür spricht einmal das anatomische Bild der Erkrankung, „Encephalitis diffusa" und „Periencephalitis", und zweitens, dass bei genauer Erwägung der ursächlichen Momente die Lues allein nicht durch ein zufälliges Zusammentreffen von Umständen erklärt werden kann. Die Infectionskrankheiten, das Trauma, die Heredität, die grob anamnestisch nachweisbaren „psychischen Ursachen" müssen bei genauerem Nachforschen als ätiologische Factoren der progressiven Paralyse ausgeschieden werden. Wie soll man sich aber die Entstehung der progressiven Paralyse in den Fällen vorstellen, in denen anamnestisch die Lues absolut nicht nachweisbar ist? (Bei Hirschl 19%.) Bilden diese Fälle nicht ein Argument gegen den unbedingten Zusammenhang von Syphilis und Paralyse? Um diese Frage zu würdigen, erinnert H. an die Erfahrungen der Syphilidologen bei den gummös Erkrankten, bei welchen die Lues in 50% anamnestisch nicht zu eruiren ist. Man darf daher in den 19% keineswegs einen Gegenbeweis gegen die supponirte Annahme eines Zusammenhanges der Syphilis und Paralyse erblicken. Die Einzelsymptome der Paralyse, die Pupillenstarre etc., bilden Erscheinungen, die auch der Lues zukommen und sprechen für den erwähnten Zusammenhang. Der Einwand, dass die antisyphilitische Therapie erfolglos sei, dass daher der Zusammenhang dieser beiden Erkrankungsformen nicht über allen Zweifel erhaben sei, wird damit entkräftet, dass in gleicher Weise in Fällen von schwerer Hirnlues eine specifische Therapie wirkungslos bleibe und andererseits im Verlaufe der progressiven Paralyse Remissionen während der specifischen Behandlung von vielen Beobachtern erwähnt werden. Eine gewisse Familiendisposition, die den Ausbruch einer Paralyse bei überstandener syphilitischer Infection begünstige, müsse man annehmen. Man beobachtet beispielsweise, dass die Juden eine grössere Disposition zur Paralyse aufweisen, als andere Volksstämme. So lange die Juden isolirt lebten, waren sie der luetischen Infection weniger ausgesetzt und erkrankten seltener an der progressiven Paralyse. In den letzten

Jahrzehnten macht sich jedoch eine Zunahme der Paralyse bei den Juden im Verhältniss der Zunahme der Lues bemerkbar. In Bezug auf die Auffassung des paralytischen Processes spricht der Autor die Vermuthung aus, dass die Syphilis denselben direct bedinge, und verwirft die Ansicht Strümpell's und Anderer von der Toxinwirkung auf das Gehirn. Ob dieser Abschnitt dem Verfasser gelungen ist und ob er sich nicht zu sehr durch präjudicirte Meinungen hat leiten lassen, wird die Zukunft erweisen.

Behr.

---

343) **R. v. Krafft-Ebing:** Zur Aetiologie der conträren Sexualempfindung. (Jahrbücher für Psychiatrie, Band XII, Heft 3.)

In den neueren Arbeiten über die conträre Sexualempfindung tritt die Frage nach Aetiologie derselben immer mehr und mehr in den Vordergrund des Interesses. Ist die conträre Sexualempfindung in der That eine angeborene Anomalie („ein functionelles Degenerationszeichen") oder handelt es sich um einen acquirirten moralischen Defect, welcher durch sexuelle Hyperästhesie oder temporär masslos gesteigerte libido entsteht? Schrenck-Notzing und vor Allem Meynert führten die Entstehung der conträren Sexualempfindung auf „occasionelle" Ursachen zurück, während v. Krafft-Ebing nach wie vor an dem ausschlaggebenden Einfluss veranlagender tief constitutioneller hereditär-degenerativer Factoren festhält. Zum Beweise dieser seiner Ansicht hat v. Krafft-Ebing 20 neue Fälle gesammelt, aus deren Analyse mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit hervorgeht, dass die conträre Sexualempfindung schon im Kindesalter sich bemerkbar macht und dass es nicht nothwendig wäre, „occasionelle" Ursachen zur Erklärung dieser Anomalie heranzuziehen.

Behr.

---

344) **Cruest Reynolds:** Mental symptoms occurring in bodily diseases. (Journal of mental science 1896, January.)

Aus dem reichen Schatze seiner Erfahrungen bespricht Verfasser das Vorkommen von geistigen Störungen bei körperlichen Krankheiten.

In erster Linie beschreibt er die leichten Grade von Erregung und allerlei Gefühlsempfindungen, die noch nicht als Geistesstörung anzusehen sind. Echte geistige Erkrankungen beobachtete Reynolds bei folgenden Gruppen: bei organischer Krankheit des Rückenmarks und Gehirnes mit Einschluss des Basedow-Leidens; bei Herz-, Lungen- (ausser Phthisis), Verdauungs- und Urogenital-Erkrankungen; bei gewissen allgemeinen Erkrankungen, wie Gicht, Diabetes und Myxödem; bei durch Keime hervorgerufenen Krankheiten mit Einschluss von Tuberculose und Rheumatismus; bei Vergiftungen mit vegetabilischen und mineralischen Giften und bei Verletzungen, mit Einschluss von Operationen.

Er fasst seine Beobachtungen in folgende Sätze zusammen:

1. Echte Geistesstörung im Verlaufe von körperlichen Krankheiten tritt verhältnissmässig selten auf.
2. Sie kommt meist nach Fieber, Vergiftungen, Verletzungen, Operationen und Herzfehlern zur Beobachtung und zwar bezüglich ihrer Häufigkeit in vorstehender Reihenfolge.
3. In den Frühstadien des Fiebers, bei Verletzungen und Operationen beobachtet man meist Manie, doch auch zuweilen Melancholie, während

die häufigste Geistesstörung Verfolgungswahn mit Gehörshallucinationen ist, wie bei Phthisis, Herzkrankheit und nach Typhus.

4. Es ist unmöglich, aus den Gehirnsymptomen auf die körperliche Erkrankung einen Schluss zu ziehen.
5. Geistesstörung tritt häufig mit peripherer Neuritis vergesellschaftet auf bei Vergiftungen mit Alcohol, Blei und Schwefelkohlenstoff. Reynolds ist geneigt, bei Alienationen im Gefolge von rheumatischem Fieber, Infectionskrankheiten, Gicht, Diabetes u. a. m. Veränderungen der Gehirnfasern ähnlich denen der peripheren Nerven anzunehmen.
6. Ist der Reiz nur ein vorübergehender, so verschwindet die Alienation, wie bei Operationen, Vergiftungen, Verletzungen und Fiebern; bei Herzkrankheiten und Phthisis wechselt sie in ihrer Intensität, kann sogar verschwinden. Bei manchen Erkrankungen, wie bei Nierenkrankheiten, bleibt sie bis zum Tode bestehen.

Leider eignet sich der Aufsatz wegen der grossen Fülle des Gebotenen nicht zu einem kurzen Referate; Jeder, der den Urtext durchstudirt, wird durch den reichen Schatz von Beobachtungen voll befriedigt werden.

A. Passow-Friedrichsberg.

---

345) **Ziehen** (Jena): Ueber Messungen der Associationsgeschwindigkeit bei Geisteskranken, namentlich bei circulärem Irresein.

(Neurol. Centralbl. 1896, Nr. 7.)

Z. kritisirt Kräpelin's „fortlaufende Methode“ der psychischen Messungen bei Geisteskranken, wobei derselbe sich viel zu sehr auf die Einsicht und den guten Willen der Kranken verlassen müsse und setzt die Methode successiver Einzelversuche an ihre Stelle, um eine fortwährende Controlle über die Aufmerksamkeit zu haben.

Z. benutzte zu diesen Versuchen ein von Münsterberg zu anderen Zwecken angegebenes Chronoscop (Beiträge zur experimentellen Psychologie, H. 4). Die Beschreibung desselben ist im Original nachzulesen. Nach Besprechung der Versuchsanordnung, deren Fehlerquellen und der Berechnungsmethoden theilt Z. die Resultate seiner Messungen, welche er an geisteskranken Erwachsenen und geisteskranken und geistesgesunden Kindern in über 11000 Einzelbeobachtungen angestellt hat, und in einem speciellen Falle von circulärem Irresein (Epilepsie? Ref.) mit.

Es ergab sich eine Beschleunigung der Reaction in der Exaltationsphase, eine Verlangsamung in der Depressionsphase. Die Maximaldifferenz betrug eine halbe Secunde. Bei normalen Individuen kommen solche Differenzen nicht vor.

Die mittlere Variation war im Depressionsstadium etwas grösser, die Aufmerksamkeit zeigte erhebliche Schwankungen vorzugsweise im Sinne plötzlichen Abnehmens.

Wie weit die Beschleunigung der Associationsthätigkeit im Exaltationsstadium sich auch auf complicirtere Associationen erstreckt (Z. liess zunächst auf eine genannte Zahl die nächstfolgende oder vorhergehende angeben und Zahlenreihen hersagen), sollen weitere Untersuchungen lehren. Ebenso will Z. noch Messungen der Associationsgeschwindigkeit in Fällen reiner Manie

und Melancholie, sowie im Exaltations- und Depressionsstadium anderer Psychosen, namentlich der Dementia paralytica, anstellen.

Hoppe.

346) **J. Massaut** (Liège): Recherches expérimentelles sur le degré de toxicité de l'urine des aliénés.

(Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique, décembre 1895.)

Die Versuche wurden mit den Urinen von 2 normalen Männern und von 4 geisteskranken Männern und 7 geisteskranken Frauen, an 13 Hunden und 9 Kaninchen vorgenommen. Mehrere Thiere wurden zu wiederholten Malen verwendet, so dass im Ganzen 23 Infusionen gemacht wurden. Es wurden mit 2 Ausnahmen nur Urine vom selben Tage benutzt; dieselben wurden vorher filtrirt und auf Zucker und Eiweiss untersucht. Die Infusionen wurden bis zum Tode des Thieres fortgesetzt. Die dazu nothwendige Urinmenge dividirt durch das Gewicht des Thieres giebt die toxische Einheit des Urins (Urotoxie), während die Menge von toxischen Einheiten, welche 1 kg Mensch in 24 Stunden producirt, nach Bouchard als urotoxischer Coefficient bezeichnet wird.

Die Resultate, die M. erhalten hat, sind ausserordentlich abweichend von einander und von denen der früheren Autoren, was sich zum Theil aus den verschiedenen Bedingungen erklärt (die Geschwindigkeit der Infusion war eine andere) und lassen keine sicheren Schlüsse zu. Normale Urine tödten Thiere in den verschiedensten Quantitäten. Die Zahlen, die M. mit einem normalen Urin erhalten hat, differiren wesentlich von denen anderer Autoren, die unter denselben Bedingungen operirt haben. Derselbe Urin zeigt sehr verschiedene Toxicität, wenn man mit verschiedenen Individuen derselben Gattung experimentirt. Aber auch bei dem selben Thiere zeigt der Urin desselben Kranken an den verschiedenen Tagen verschiedene Toxicität. Der Urin von Melancholikern zeigte bald eine verringerte, bald eine in normalen Grenzen sich bewegende Toxicität. Urin von Neurasthenikern mit Angst und Depression zeigte eine meist verringerte Toxicität, während Urine von Stuporösen eine bald wesentlich, bald wenig geringere, bald bedeutend grössere Giftigkeit als normale Urine ergaben. Ebenso verhielt es sich mit Urinen von Manischen oder sehr aufgeregten Kranken.

Jedenfalls besteht keine bestimmte Beziehung zwischen der Krankheit und der Toxicität des Urins. Ueberhaupt bestätigen die Experimente die Ansicht von Stone und Godart, dass zur Beurtheilung der Giftigkeit einer Substanz die Infusion bei Thieren ein wenig exactes Mittel ist.

Uebrigens wurden Kaninchen durch schwächere Dosen getödtet als Hunde. Auch zeigte sich, dass Thiere, welche während des Versuches urinirten oder erbrachen, wesentlich grössere Quantitäten ertrugen. Alles dies trägt dazu bei, die Exactheit der Resultate zu beeinträchtigen.

Hoppe.

2. Specielle Psychopathologie.

347) **Thomsen**-Bonn: Ueber paralytische Frühsymptome, welche dem Ausbruch der Paralyse bis zu 10 Jahren vorausgehen.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 52.)

Verf. vermisst unter den von Savage aufgezählten Vorboten der Paralyse (Ermüdung, Unentschlossenheit, Pessimismus und Hypochondrie, Ataxie,

Stupor, Aphasie, Aenderung der Handschrift, Ptosis, Strabismus, epileptische Anfälle, Neuritis, Störungen der Sinne und Pupillendifferenz) die reflectorische Pupillenstarre, die er für ein Cardinalsymptom hält und die auch Pick erwähne. Er bringt selbst 2 Fälle vor, bei denen dies Symptom einseitig (rechts) mit Mydriasis, Beschränkung der Accomodation und Convergenz festgestellt wurde 10 Jahre vor ausgesprochener Paralyse. Andere Störungen bestanden zu jener Zeit nicht. Andere Frühsymptome sind Sprachstörungen (aphasische Anfälle), paralytische Anfälle und Augenmuskellähmungen. Alle diese Symptome sind meist flüchtiger Natur, wie es auch die reflectorische Pupillenstarre in obigen beiden Fällen war.

Wolff.

348) **Boedeker** und **Falkenberg** (Herzberge): Kurze Mittheilung zu dem Ulnarissymptom bei Paralyse.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 52.)

Nach Cramer soll das von Biernacki bei Tabes constatirte „Ulnarissymptom", d. h. Analgesie des Ulnarisstammes auf Druck, bei $^3/_4$ der Paralytiker vorhanden sein. Die Verfasser stellten fest, dass unter 100 Paralytikern 58 das Symptom deutlich aufwiesen; bei 35 war Schmerzreaction vorhanden, bei 7 aber war sie zweifelhaft. Unter 25 paralytischen Frauen bestand das Symptom bei 56%, bei 8% war es fraglich. Eine Controllprüfung an 200 männlichen und 100 weiblichen nicht paralytischen Geisteskranken ergab Ulnarisanalgesie bei 39% der Männer und bei 33% der Frauen. Hiernach bestreiten die Verfasser zwar nicht, dass bei Paralyse das Ulnarissymptom etwas häufiger vorkommt, als bei anderen Geisteskranken, doch glauben sie, einen differenzialdiagnostischen Werth ihm nicht beimessen zu dürfen, hauptsächlich aus dem Grunde, weil die Untersuchung zumal bei Paralytikern dem subjectvien Ermessen zu viel Spielraum lässt. Die Verfasser heben noch hervor, dass von 31 Paralytikern mit Hinterstrangserkrankung und Fehlen der Patellarreflexe 23 (74%) das Ulnarissymptom zeigten.

Wolff.

349) **Klewe**-Ueckermünde: Ueber alcoholische Pseudoparalyse.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 52.)

Verf. bespricht 6 Fälle von alcoholischer Pseudoparalyse. Die Symptome eines derselben hatten selbst nach längerer Beobachtungszeit zur Diagnose „Dementia paralytica" verleitet, daher K. die Frage aufwirft, was zu einer schärferen Differenzialdiagnose beitragen könne. Die bessere Prognose der Pseudoparalyse, der langsamere Verlauf, das Vorkommen von Heilungen sichern nicht die frühzeitige Erkennung. Nach Nasse erinnert das Bild mehr durch die Gesammtheit der motorischen Störungen als in seinen psychischen Enscheinungen an die wirkliche Paralyse, und diese verlieren sich auch schnell. Entgegen v. Krafft-Ebing's Behauptung konnte Verf. einen schnelleren Verlauf nicht constatiren, erst nach frühestens 6 Monaten verloren sich die motorischen und sensiblen Störungen! Ebenso vermisste er die von v. Krafft-Ebing angeführte Neigung zu apoplectischen und epileptischen Anfällen und Kopfschmerzen. Die psychischen Symptome brauchten viel längere Zeit zur Besserung. Zwei der Fälle zeigten nach Rückgang der paralytischen Störungen das Bild der Paranoia, deren eine chronisch

wurde, während die andere in Heilung überging — nach 8 Jahren! Ein Hauptgewicht legt Verf. auf die sensiblen und motorischen Störungen bei Pseudoparalyse. Es sind das periphere Neuritiden, die zugleich bestehende Psychose ist functionell. Und hier fragt es sich, ob zwischen diesen beiden Arten von Symptomen ein occasioneller oder ein natürlicher Zusammenhang besteht. Letztere Ansicht vertreten namentlich die russischen Autoren Korsakow und Tiling. Korsakow stellt sogar ein Krankheitsbild: „Cerebropathia psychica toxämica" auf, eine Psychose, die mit Polyneuritis verbunden vorkommt und mit dieser auf einer im Blute kreisenden Schädlichkeit beruhen soll. Diese Schädlichkeit kann in Alcohol bestehen, nach Tiling sogar allein in Alcohol. Amnesie und daraus folgende Verwirrtheit characterisiren die Psychose. Hierauf passt einer von Verfassers Fällen Verf. glaubt an einen Zusammenhang zwischen beiden, körperlichen und psychischen Krankheitserscheinungen. Beide setzen zu gleicher Zeit ein und erreichen die höchste Intensität zu gleicher Zeit; die körperlichen verschwinden allerdings schneller, aber in zwei Fällen nahm darnach die Psychose einen anderen Character an. In allen Fällen bestand erbliche Belastung. Verf. mahnt zur Vorsicht bei Stellung der Diagnose Paralyse, sobald Symptome von Neuritis und anamnestisch Alcoholismus vorliegt.

Wolff.

---

350) **Sandberg**-Leubus: Zur Psychopathologie der chronischen Paranoia. (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 52.)

Verf. theilt hier seine sehr plausibeln Ansichten über die Entstehungsart der Wahnideen bei primärer Paranoia mit. Im Princip glaubt er hierin Westphal folgen zu können. Wenn bei Westphal der Kranke die Hirn-Affection als eine Veränderung seiner eigenen Persönlichkeit empfindet und diese Veränderung auf die Aussenwelt projicirt, so bleibt aber unbestimmt, was sich verändert hat, und bleibt gezwungen, dass nur die eigene Persönlichkeit sich verändert haben soll.

Verf. nimmt mit Wernicke eine Veränderung der Erinnerungsbilder an: denn dem Veränderten erscheint sowohl die Aussenwelt wie die eigene Persönlichkeit verändert. Nur die bewusste Wahrnehmung wird verändert, die speciellen Intellectualleistungen nicht, daher in ganz psychologischer Weise die Bildung der Wahnideen statthaben kann und statthat. Man braucht dann also keine Schwächung des Intellects anzunehmen, um das Entstehen von Wahnideen daraus zu erklären. Nun findet Verf. den Ausdruck Wernicke's nicht ganz passend, „dass die erforderliche Congruenz der Erinnerungsbilder mit den altgewohnten Eindrücken der Aussenwelt" gestört sei und dass hieraus wiederum eine Störung des gemüthlichen Gleichgewichts folge, die ihren Ausdruck in der Rathlosigkeit der Kranken finde und Ursache der Beeinträchtigungsideen sei. Diese Incongruenz ist von wenig Wichtigkeit, da in Folge des langsameren Verlaufs keine Verwirrung eintritt und der Kranke also Stellung nehmen kann. Verf. verwendet daher das Moment nicht zur Erklärung, sondern sieht in der Art der Veränderung die Quelle des Beeinträchtigungswahns. So entsteht der dem Paranoiker eigenthümliche Affect, das Misstrauen und daraus wieder die allgemeine Idee des Verfolgtseins, deren specialisirter Ausdruck das Wahnsystem ist.

Der Grössenwahn entwickelt sich durch Reflexion aus dem Verfolgungswahn, man sieht ihm, gegenüber dem des Paralytikers, das sauer Erworbene an und er ist phanstastisch, weil der Mensch einmal so veranlagt ist, alles auszuschmücken.

Um den Paranoiker noch mehr der Aussenwelt zu entfremden, treten Hallucinationen auf und zwar mit dem gleichen Inhalt wie die Wahnideen. Verf. hält es daher für wahrscheinlich, dass beide aus der gleichen pathologischen Basis erwachsen und dass nicht etwa die Wahnideen Folgen von Hallucinationen sind. Aber nicht nur Hallucinationen gleichen Sinnes wie die Wahnideen tauchen auf, sondern auch andere; diese werden dem Wahn assimilirt, und was die Kranken davon undeutlich verstehen, giebt ihnen die Elemente zu einer Privatsprache an die Hand, oder sie machen daraus magische Formeln, Geistersprache etc. Eine Entfremdung des Paranoikers wird daher ganz natürlich und es braucht nicht der, wie Emminghaus sich ausdrückt, „einseitigen Förderung und der concurirrenden Hemmung in den Ideenassociationen nach gewissen Richtungen hin"; denn der Kranke achtet auf die Hallucination natürlicher Weise wie ein gehetztes Thier auf seine Verfolger. Eine Characterveränderung kann darin nicht gesehen werden.

Intelligenzschwäche gehört nicht nothwendig zur Paranoia. Sie soll darin bestehen, dass der Paranoiker unfähig sei, die Unrichtigkeit der Wahnideen zu erkennen und sie zu corrigiren. Dazu ist er natürlicher Weise desshalb nicht im Stande, weil die ganzen Wahrnehmungen krankhafte Täuschung sind und es sozusagen keine höhere Instanz mehr giebt, die eine Prüfung veranstalten kann. Es fehlt also nur die Kritik des eigenen Gehirnzustandes und das ist doch keine Schwächung der Kritik der Aussenwelt. Die Kritik steht im Dienste der neuen krankhaften Anschauung, ist also gewissermassen zum Ueberläufer geworden. Sie ist beeinflusst, wie auch die Kritik des Gesunden zuweilen beeinflusst werden kann, z. B. durch Stimmungen etc. Im Dienste der neuen Anschauung ist die Kritik vielmehr sehr thätig und liefert sie Erklärungen für den Zusammenhang der neuen Eindrücke.

Wolff.

---

351) **Gerlach**-Königslutter: Querulantenwahn, Paranoia und Geistesschwäche.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 52.)

Querulantenwahn ist keine Diagnose, sondern nur ein Symptom. Die demselben zu Grunde liegende Geistesstörung ist entweder Paranoia oder Geistesschwäche. Die Geistesschwäche ist leicht festzustellen, schwerer eine Paranoia. Zur Differenzialdiagnose beider macht Verfasser einige beachtenswerthe Bemerkungen. Man hat den Paranoiker kritiklos genannt. Allein die Kritiklosigkeit ist kein Symptom der Paranoia, sondern ein Symptom der Geistesschwäche. Allerdings ist Paranoia oft mit Geistesschwäche zugleich vorhanden, aber keineswegs immer. „Unsere geistige Entwicklung besteht in der Durchbildung von Vorstellungsreihen und in der Erlernung ihrer Werthbemessung auf Grund der mit ihnen verknüpften Empfindungen". Diese Werthbemessung ist das Resultat der Erziehung und nicht immer zu allen Zeiten die gleiche gewesen, ohne dass wir in Hinsicht auf unsere Zeit frühere Zeiten kritiklos nennen dürften. Beim

Paranoiker ist eine Verschiebung der Vorstellungsreihen in Folge einer inneren Ursache vor sich gegangen, er ist ein pathologischer Egoist geworden. Er ist nicht kritiklos, auf Jahre hinaus nicht; er ist sich vielmehr der Verschiedenheit zwischen seinen Anschauungen und denen seiner Umgebung bewusst; er bricht mit der Aussenwelt, denn gerade ihn ja behandelt sie als Kind; doch aber passt er bis zu einem gewissen Grade sich ihr an, zeigt er sich als berechnend. Von crassen Egoisten unterscheidet ihn der Affect, der nicht duldet, über jenen gewissen Grad hinaus zurückhaltend zu sein. Da muss er vorgehen.

Die Geistesschwäche besitzt keine dominirenden Vorstellungsreihen, und in der Betonung derselben fehlt diejenige Intensität, die zu ihrer Unterdrückung nothwendig ist. Daher können ganz untergeordnete Vorstellungsreihen durch den Affect emporgehoben werden und das Handeln bestimmen. Gegen den Paranoiker gehalten, bringt es der Geistesschwache bloss zu Pseudowahnvorstellungen. Das beweist Verf mit Darstellung eines Falles, worin der Betreffende, auf die blosse Erzählung eines Freundes hin, sich mit einer reichen Dame verlobt glaubt. Ist bei einem Querulanten keine Paranoia und keine Geistesschwäche vorhanden, so ist er gesund; denn es giebt Gesunde, die alles opfern, wenn nur der Gegner dabei umkommt; Wernicke allerdings versucht sie mit seiner Auffassung der überwerthigen Ideen zu decken und als krank zu reclamiren.

Wolff.

---

352) **Hertz**-Bonn: Wahnsinn, Verrücktheit, Paranoia.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 52.)

In seiner Eintheilung der Hallucinationen benennt Verf. eine gewisse Art derselben „idiopathische Hallucinationen". Er gebraucht diesen Ausdruck identisch mit „Wahnsinn", „Sinnenwahn", „hallucinatorischem Wahnsinn" und sieht in diesen Hallucinationen den Kern derjenigen Krankheit, welcher der Name „Wahnsinn" zukommt und welche nicht mehr mit „Verrücktheit" oder „Paranoia" zusammengeworfen werden sollte. Es ist dieselbe Krankheit, die Westphal als „primäre Verrücktheit" beschrieben hat. Sie hat ein hypochondrisches Vorstadium, es tritt Misstrauen gegen die Umgebung auf und folgt die Wahrnehmung, dass in der Kirche, auf der Strasse etc. in Winken und Worten der Leute Feindseliges, Anzügliches gegen die Person des Kranken enthalten sei. Die Stimmung ist wechselnd, richtet sich nach dem Inhalt der Hallucinationen und kann zu gewaltsamen Handlungen treiben. Remissionen sind häufig, Intermissionen selten. Unter 87 Fällen beobachtete H. nur 15 Heilungen. Psychischer Verfall tritt erst sehr spät ein; einige Kranke sah Verf. nach 20—30jähriger Krankheit noch lebenskräftig. Den Schluss scheint Verwirrtheit zu bilden; oft verstummen auch die Kranken, doch lassen Bewegungen und Handlungen schliessen, dass innere Regungen noch vorhanden sind, und wenn in seltenen Fällen sprachliche Aeusserung wieder auftritt, besteht sie in verworrenem Gefasel.

Nach Verf. ist diese Krankheit in deutschen Büchern nur einmal von Heinroth und zwar unter Ekstase beschrieben. Wenn dort von Hallucinationen nichts gesagt ist, so lässt sich doch aus der Beschreibung darauf schliessen. Verf. begrüsst freudig, dass in den neueren Lehrbüchern von

Sommer, Kirchhoff, Snell, Schüle eine Trennung des Wahnsinns von Verrücktheit, d. h. „Transformation des Ichs“, durchgeführt ist. „Paranoia lässt er synonym mit Verrücktheit gelten. Wolff.

---

353) **Brassert**-Freiburg: Ueber secundäre Paranoia.
(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 52:)

Von Nasse ist die Behauptung aufgestellt worden, dass eine psychische Krankheit in eine andere übergehen könne. Er erhärtet dies mit Beschreibung von 3 von ihm beobachteten Fällen. Es stimmen mit ihm überein Snell, Mendel, Tonnini, Schüle, v. Krafft-Ebing, Scholinus, Werner, Kirchhoff, Ziehen, Bartels. Koch bestritt es, ebenso Kräpelin. Die Mehrzahl der Autoren fand diesen Uebergang von Melancholie in Paranoia selten, noch seltener den von Manie in Paranoia. Auch Verf. hat mehr Fälle der ersten Art (9) mitzutheilen, als von der zweiten (2).

Aus der Beobachtung seines Materials schliesst er: Der Uebergang der Melancholie in Paranoia ist selten, aber häufiger als der Uebergang der Manie in Paranoia. Er findet sich mehr bei Weibern; erbliche Belastung und wiederholte Erkrankung an Melancholie scheint dazu zu disponiren. Das Lebensalter hat keinen Einfluss, der Uebergang bildet sich allmählich heraus, selten plötzlich, und Heilung ist fast ausgeschlossen. Nicht selten fällt der Uebergang in diejenige Zeit, in welcher die Melancholie zu weichen scheint und man Heilung erwartet. Allermeist sind Gehörstäuschungen im Spiele, Nahrungsverweigerung und sexuelle Erregung treten oft auf und Remissionen sind im weiteren Verlauf nicht selten. Den Schluss bildet Demenz. Wenn Snell und Tonnini von Heilungen berichten, so bestätigt dies keiner von Verfassers Fällen.

Eine bessere Prognose scheint nach Verf. die postmanische Paranoia zu haben. Beide Fälle gingen in Heilung über; es waren jüngere Personen. Hier scheint der Uebergang acuter aufzutreten, das Geschlecht keine Rolle zu spielen. Wolff.

---

354) **A. Maude**: Mental changes in Graves' disease.
(Journ. of mental science. January 1896.)

In Folge der Ueberzeugung, dass mit Ausnahme von Fällen schwerer psychischer Störungen an Graves' (Basedow's) Krankheit leidende Kranke selten genauer auf ihren geistigen Zustand beobachtet seien, untersuchte M. 20 Fälle aus seiner Privatpraxis. Sämmtliche, weiblichen Geschlechts und den verschiedensten Lebensaltern angehörend, waren Patientinnen besserer Stände und ihm bezüglich Anamnese und durch jahrelange Beobachtung genauestens bekannt. Unter diesen fand sich nur ein Fall ausgesprochener Geistesstörung, einer leichten Form von chronischer Demenz und zwei Fälle, die er geistig als völlig normal ansprechen konnte. Alle anderen zeigten leichtere und schwerere geistige Veränderungen, obgleich sich unter diesen zwei Damen von grösster Intelligenz und höchster Bildungsstufe befanden.

Er theilt seine Fälle in drei Gruppen, deren erste eine sehr starke Unruhe zeigt. Solche Kranke bewegen andauernd Hände und Gesicht, verziehen die Mundwinkel, spielen mit den Knöpfen der Kleidung und ähnliches. Aechte Chorea fand sich in keinem dieser Fälle.

Die zweite Gruppe fällt durch die ungeheure Leichtigkeit auf, durch welche solche Patienten erschreckt werden. Die geringfügigste Ursache, der geringste Schreck regt sie stundenlang auf, eine Folge der Herzirritabilität.

Die dritte Gruppe umfasst die Fälle von Hallucinationen, zu denen er den einen mit ausgesprochener Geistesstörung, Dementia, rechnet.

Differentialdiagnostisch geht er noch auf die Neurasthenie, Hysterie und das Myxödem ein und kommt zu dem Schlusse, dass Basedow-Kranke einerseits geistige Defecte zeigen, andererseits ein Plus eines vielleicht toxischen Agens haben, von dem besonders die psychischen Nervencentren befallen sind. Adolf Passow-Friedrichsberg.

---

355) Prof. v. **Krafft-Ebing**: Unzucht wider die Natur. Psychische Hermaphrodisie. Fragliche Anfälle krankhafter Bewusstlosigkeit epileptoider Art tempore delicti.

(Jahrb. f. Psych. u. Neurol., Bd. XIV, H. 3.)

Ein verheiratheter 45jähriger Mann war wegen sexueller Delicte gegen das eigene Geschlecht angeklagt (§ 175 D. Str. G.). Er leugnete die ihm zur Last gelegten Thatsachen und behauptete, er könne sich auf dieselben nicht besinnen. Der Gerichtshof postulirte bei dem Angeklagten einen gesunden Geschlechtstrieb, da er 9 Kinder hatte und eine perverse sexuelle Naturanlage nur dann in Betracht käme, wenn die freie Willensstimmung in Bezug auf die betreffende That in Folge krankhafter Störung der Geistesthätigkeit vollständig auszuschliessen wäre. Die Untersuchung des Angeklagten ergab einmal eine neuropathische Constitution, welche durch eine Schädelanomalie und durch hereditäre Einflüsse bedingt war, zweitens di Thatsache, dass ein mechanisches Trauma (Verletzung des Kopfes durch eine Sense) sein Nervensystem derart geschädigt hatte, dass von der Kopfnarbe aus zeitweise, besonders unter dem Einfluss des Alcohols, Zustände einer krankhaften Bewusstlosigkeit ausgelöst wurden, die sich als epileptische Ausnahmezustände auffassen liessen. Da die Ausschreitungen gegen den § 175 regelmässig eintraten, wenn der Angeklagte getrunken hatte, so waren alle Bedingungen für das Auftreten der Anfälle gegeben. Es ist aber bekannt, dass die epileptischen Aufregungszustände den Geschlechtstrieb mächtig erregen und die merkwürdigsten geschlechtlichen Verirrungen auslösen. Man darf sich daher der Annahme nicht verschliessen, dass der Angeklagte seine Delicte thatsächlich in einem unbewussten krankhaften seelischen Zustande begangen hatte. Der Gerichtshof sprach ihn trotzdem schuldig, allerdings unter der Annahme einer geminderten Zurechnungsfähigkeit.

Behr.

---

356) **Bourneville, Lombard** et **Pilliet**: Idiotie complète symptomatique, microcephalie congénitale, arrêt de developpement des circonvolutions, double craniectomie.

(Progrès médical. 1896, 11.)

Alcoholismus des Vaters und Grossvaters, Migräne der Mutter bilden die Momente der hereditären Belastung. Patient selbst kam bei Zangengeburt asphyctisch zur Welt, zeigte in den ersten 9 Monaten Convulsionen, Schwäche der linken Extremitäten, Unreinlichkeit, Wuthanfälle. .m 4.

Lebensjahre wurde die Craniectomie rechts gemacht, 10 Monate später auch links. Ein nennenswerther Erfolg dieser Operationen war nicht zu verzeichnen. Der Tod erfolgte im 6. Jahre an Cachexie. Die Section ergab eine gute Verknöcherung der Operationslücken. Es fand sich ausserdem eine partielle prämature Synostose der Schädelknochen, besonders in der Sagittalnaht. Verf. besitzen in ihrer Sammlung von 470 Schädelcalotten ausser dieser nur 5 mit synost. partialis præmatur. Sie sind auch in diesem Falle geneigt, die frühzeitige Verknöcherung als Folgen des Druckes, der auf das zwischen den beiden Knochendefecten liegende Knochenband ausgeübt wurde, aufzufassen. Ausserdem fand sich ungenügende Entwicklung der Hirnwindungen. —————— Lehmann (Werneck).

357) **Bourneville et Tissier:** Arriération intellectuelle consécutive à une brûlure de la tête.

(Progrès médical 1896, 4.)

Ein hereditär nicht wesentlich belasteter, bis dahin ungefähr normal entwickelter 18 Monate alter Knabe erleidet eine schwere Verbrennung auf der ganzen linken Gesichts- und Schädelhälfte, die eine mehrere Jahre andauernde Eiterabsonderung zur Folge hatte. Von der Zeit an blieb das Kind in seiner körperlichen und geistigen Entwicklung zurück; es zeigte später eine erhebliche intellectuelle Schwäche, Verschrobenheit, unmotivirte Wuthanfälle, häufigen Stimmungswechsel und mystische Ideen, die schliesslich in ein Delir ausarteten. Das Interessante des Falles liegt in dem ätiologischen Moment, Verf. ist geneigt, die langdauernde Eiterung in erster Linie zu beschuldigen. Gegen Erwarten fand sich jedoch bei der Autopsie — der Knabe ging an Typhus zu Grunde —, dass die Meningen völlig intact waren Die Zellen der Hirnrinde zeigten unentwickelten fötalen Character. Lehmann (Werneck).

---

358) **F. Levison:** Om Depressionstilstandes Forhold til Urinsyre. (Ueber das Verhältniss von Depressionszuständen zur Harnsäure.)

(Hospitalstidende 1896, S. 353 u. 373)

Diese Abhandlung erscheint als eine Erwiderung gegen C. Lange's Behauptungen von der nahen Beziehung zwischen periodischen Depressionszuständen und urinsaurer Diathese. Der Verfasser untersucht Punkt für Punkt die wesentlichsten Behauptungen Lange's und zeigt, dass die Theorie von der Urinsäureintoxication als Ursache periodischer Depressionszustände kaum acceptirt werden kann. Erstens ist es nämlich nicht bewiesen worden, dass das Blut der deprimirten Kranken mehr Urinsäure als das normaler Individuen enthält; zweitens wird die Arthritis urica, welche nach den Anschauungen Lange's die Grundlage der Depression bilden sollte, nicht durch eine Hyperproduction, sondern wahrscheinlich durch eine Retention der Urinsäure verursacht, und drittens sprechen sowohl die Experimente als die klinische Wahrnehmung entschieden gegen die behauptete toxische Wirkung der Urinsäure im Blute von Menschen oder Thieren.

Dagegen verneint der Verfasser nicht die Thatsache, dass eine psychische Depression als Symptom einer „urinsauren“ Diathese auftreten kann. Er theilt selbst einige Krankengeschichten als Beispiele einer solchen

mit. Dagegen zeigt er, dass diese Depression nicht in anderer Beziehung periodisch ist, als dass sie oft wiederkehrt, wenn man mit der Behandlung zu früh aufhört. Die Depression ist immer mit anderen Symptomen, sowie häufigen Tenesmi urinales, Obstipation, ausstrahlenden Schmerzen der Nierengegend, der Extremitäten u. s. w. verbunden, welche es wahrscheinlich machen, dass die ganze Krankheit als eine Reflexerscheinung aufzufassen ist und auf die durch Ausscheidung von Harnsäurekrystallen verursachte Nierenirritation beruht.

Die von Lange geschilderten Kranken sind nach dem Verfasser gewöhnliche Neurastheniker. Koch (Kopenhagen).

---

359) **P. Näcke** (Hubertusburg): Zur Frage der sogen. Moral Insanity. (Neurol. Centralblatt 1896, Nr. 11.)

Indem N. mit Recht die Nothwendigkeit der klinischen Forschung gegenüber der bis jetzt vorwiegenden anatomischen betont und speciell bezüglich der Moral Insanity genaue klinische Beschreibung der einzelnen Fälle fordert, wie dies Tiling in seinem jüngsten Aufsatze: Ueber angeborene moralische Degeneration etc. gethan hat, kritisirt er Tiling's Auffassung dieser Fälle, bei welchen die Intelligenz absolut intact sein sollte, unter gleichzeitiger Besprechung der übrigen neueren Litteratur.

Die Hauptschwierigkeit bei der Moral Insanity (neben der Schwierigkeit, den Grad der Intelligenz und der Gemüthsstumpfheit genauer zu präcisiren) besteht nach N. darin, die echten Fälle von den durch das Milieu verlotterten Elementen zu trennen, was nur in den besseren Ständen möglich sei. Von der Ueberschätzung des Milieu ist N. zurückgekommen und indem er jetzt den individuellen Eactor für die Hauptsache erklärt, nähert er sich der arg bekämpften Lombroso'schen Lehre erheblich. N. identificirt den moralisch Blödsinnigen, den er, obgleich er ihn für unzurechnungsfähig erklärt, doch nicht zu den Geisteskranken im engeren Sinne rechnet, mit dem „geborenen Verbrecher".

Alle Fälle von Moral Insanity lassen sich nach N. in 3 Gruppen unterbringen: 1. in die des Schwachsinns, wozu N. auch den „physiologischen" Schwachsinn (schlechte Befähigung, „Untermittelmässigkeit") rechnet, 2. in die Gruppe der originär Verrückten, 3. in die verschwindend kleine Anzahl der moralisch Blödsinnigen im engsten Sinne, die mehr oder minder zu den Degenerirten gehört. N. identificirt die letzteren, die er zwar für unzurechnungsfähig und des freien Willens beraubt, aber nicht für eigentlich geisteskrank hält, mit dem „geborenen Verbrecher" Lombroso's.

Die erste Gruppe gehört nach N. in die Irrenanstalt. Die physiologisch Schwachsinnigen, aus denen nach N. das Gros der Gewohnheitsverbrecher hervorgeht, sind bedingt zurechnungsfähig und zu bestrafen, resp. wenn sie jung sind, in eine Erziehungsanstalt für sittlich Gefährdete zu bringen. Die eigentlichen moralisch Irren können bei äusserlich correcter Haltung in ihrer Familie bleiben, bei Conflicten mit dem Strafgesetz sind sie in einer Irren- oder anderen Anstalt unterzubringen.

Hoppe.

---

360) **Francotte** (Liège): Pseudo-paralyse générale alcoolique à symptomatologie incomplète (megalomanie alcoolique).

(Bulletin de la société de médécine mentale de Belgique, Juni 1895.)

1. Fall. Ein 47jähriger Schlosser, seit längerer Zeit Potator, wurde 14 Tage nach seiner Aufnahme in die Anstalt nach starken Excessen plötzlich erregt, schlaflos und schwatzte fortwährend. 8 Tage später erschienen die ersten Grössenideen, welche bald alle Grenzen überschritten. Er habe eine vorzügliche Stimme bekommen, sei Tenor, Bass und Baryton, 4 mal bedeutender als die Patti, sei in Amerika für 300,000 Fr. engagirt worden, er wolle einen Geldschrank aus weissem Marmor für den König machen, einen Eiffelthurm mit dreifarbigen Flaschen bauen, 50 Esel mit kleinen Kindern besetzen, welche für die Armen sammeln sollten, damit dieselben nicht mehr nöthig haben zu arbeiten, seine Tochter werde einen Prinzen heirathen, er werde König von ganz Europa werden und dem Kaiser von Russland befehlen. Der Zustand blieb ein Jahr lang ziemlich stabil, nur die motorische Erregung steigerte sich noch. Lähmungserscheinungen und Sprachstörungen fehlten, die anfangs nur trägen Pupillen wurden schliesslich ungleich und starr. Nach einem Jahre zeitweilige Remissionen und nach einigen Monaten völlige Besserung, die nunmehr bei völliger Abstinenz 3 Jahre lang angehalten hat, nur die Pupillenstarre ist geblieben. — Der urplötzliche Ausbruch der Krankheit, die mit einem Anlauf den Gipfel erreicht und die bis auf die Pupillenstarre jahrelang anhaltende Besserung lassen es F. unzweifelhaft erscheinen, dass progressive Paralyse auszuschliessen ist.

2. Fall. Ein 62jähriger alter Trinker, dessen Tochter an epileptischen Krämpfen leidet, hatte bereits vor 15 Jahren an Geistesstörung mit Grössenideen gelitten, die niemals ganz schwanden, sondern immer wiederkehrten, sobald er betrunken war. Anfang März 1895 wurde er erregt, versprach allen Leuten, denen er begegnete, Tausende und producirte die extravagantesten Grössenideen. Am 11. März Krampfanfall. Tags darauf Aufnahme in die Anstalt. Ausser den Grössenideen (hat eine grosse Erbschaft gemacht, wird General, König, Kaiser werden) zeigte er Articulationsstörungen bei der Aussprache schwieriger Wörter, leichtes Zittern der Zunge und der Hände, Ungleichheit und Starre der Pupillen.

Die absurden und wechselnden Grössenideen und die Ungleichheit der Pupillen sind nach F. die hauptsächlichsten Züge der alcoholischen Pseudoparalyse. Daneben betrachtet F. noch die Recidive als pathognomisch. Dieselben sollen bei der progressiven Paralyse fehlen. F. scheint aber nicht an die Remissionen zu denken, welche für diese sogar typisch sind und manchmal recht vollständig sein können, so dass die Exacerbationen den Eindruck von Recidiven machen. Ueberhaupt spricht nach Ansicht des Referenten das hier gezeichnete Krankheitsbild wohl mehr für progressive Paralyse als für Pseudoparalyse.

Hoppe

3. Therapie und Anstaltswesen.

361) **C. Rieger:** Die Psychiatrie in Würzburg von 1583 –1993.
(Separat-Abdruck aus den Verhandlungen der physikalisch-medicinischen Gesellschaft zu Würzburg. Neue Folge, Bd. XXVII.)

Die für die Culturgeschichte im Allgemeinen, sowie für die Geschichte der Psychiatrie speciell höchst interessante Schrift ist anlässlich der Eröffnung der neuen psychiatrischen Klinik zu Würzburg und mehrfacher Anstaltsjubiläen zusammengestellt worden. Aus den bis zur Gründung des Juliushospitals (1580) hinaufreichenden Aufnahme- und Krankenbüchern ersieht man, dass schon in der ersten Zeit Geisteskranke aufgenommen wurden. Von 1589—1628 wurde alljährlich eine grössere Anzahl (bis über ein Dutzend an den verschiedensten Psychosen Erkrankte) verpflegt. Für diesen Zeitraum besitzen wir ziemlich detaillirte Notizen. Später werden die Aufzeichnungen summarisch, doch geht daraus hervor, dass bis etwa 1698 weitere 300 Geisteskranke in Kur standen. Aus dem vorigen Jahrhunderte enthält das Archiv eine Reihe von Erlassen und Reglements, welche im Einzelnen oft vieles Interessante enthalten, so u. a. eine Anfrage des Fürstbischofs Franz Ludwig, welcher von den Hospitalärzten Aufschluss über die Ursache der täglich zunehmenden Anzahl der Narren verlangt, um polizeilich dagegen einschreiten zu können. Trotzdem seit Anfang unseres Jahrhunderts wiederholt eine Verlegung der in ihrer Ausdehnung sehr beschränkten psychiatrischen Abtheilung in einen eigenen Bau geplant war, kam diese jedoch lange Zeit nicht zu Stande. Erst in den achtziger Jahren verliess die Irrenstation (mit Ausnahme von ca. 40 Pfründnern) das Juliusspital. 1893 wurde die neue psychiatrische Klinik bezogen.

Der erste klinische Unterricht in Psychiatrie wurde 1833 von Prof. Marcus abgehalten.

Jentsch.

---

362) **J. Mendel:** Zur Reform der Irrenpflege in Preussen. — Referat, erstattet in der Sitzung der Aerztekammer für Brandenburg. — Berlin, 19.|XI. 1895.
(Berliner klinische Wochenschrift 1896, Nr. 1.)

Dem Referat lag der Antrag zu Grunde, dass die Kammer die vom „Verein deutscher Irrenärzte“ bei seiner Jahresversammlung in Hamburg vom 13. September 1895 angenommenen Thesen, betreffend Reform des Irrenwesens in vollem Umfange zu den ihrigen machen solle.

M. weist mit Recht darauf hin, dass man sich die beschämenden Erfahrungen, welche der Process Mellage gezeitigt, erspart hätte, wenn den wiederholt ausgesprochenen Wünschen und Forderungen des Vereins deutscher Irrenärzte behufs Reform des Irrenwesens Gehör geschenkt worden wäre.

Für die zweckmässige Behandlung der Geisteskranken in Irrenanstalten stellt M. als die erste Bedingung hin, dass an der Spitze derselben ein Arzt und Psychiater als verantwortlicher Leiter stehe, eine Forderung, die zum Theil durch den Erlass vom 20. September 1895 erfüllt sei. Man könne, führt M. mit Recht aus, von den allerbesten Bestrebungen erfüllt

sein, den Kranken zu helfen und ihre Leiden zu lindern, wenn aber die sachgemässe Erfahrung fehle, so werde man mit seiner Liebe und seiner Caritas unter Umständen nicht nur nichts nützen, sondern sogar schaden: „Die Liebe der Familienangehörigen schadet sehr häufig den Kranken, und um wie viel mehr ist dies der Fall, wenn die Caritas Fremder nicht geläutert wird, wenn sie nicht gelenkt wird von dem, was die Erfahrung von Jahrhunderten und Jahrtausenden über die Behandlung von derartigen Kranken ergeben hat!"

Dass die Idee von der Freiheitsberaubung Geistesgesunder in Irrenanstalten so festgewurzelt sei, daran sei, wie an manchen anderen Vorurtheilen, die man in weiten Kreisen gegen Irrenanstalten hege, zum grossen Theil die Geheimnisskrämerei der Irrenanstaltsleiter Schuld. Man solle die Besuche auf die Krankenabtheilungen lassen, selbst auf die Stationen der Unruhigen, damit die Angehörigen sehen, dass es dort nicht anders zugeht, wie in anderen Krankenhäusern. Als besonders bedauerlich bezeichnet es M., dass sich selbst Aerzte der Hetze gegen die Irrenärzte angeschlossen und der Behauptung von der Internirung Geistesgesunder in Irrenanstalten durch ihre mehr oder weniger grosse Autorität neue Nahrung gegeben haben. M. führt aus, dass die berühmtesten Fälle der letzten Zeit, Forbes, Feldmann und Weber, sich als Geisteskranke characterisiren und mit Recht in Irrenanstalten festgehalten worden seien, ferner dass bisher kein Fall von angeblicher Freiheitsberaubung Geistesgesunder vor der Kritik der Fachleute und der Richter Stich gehalten habe.

M. hält aber trotzdem die staatliche Controlle, wie sie bisher geübt und auch wie sie nach dem Erlass vom 20. September durch die Besuchscommission in alljährlichen Revisionen geübt werden soll, für ungenügend. Indem M. auf die segensreiche Institution des Aufsichtsraths in Frankreich hinweist, welcher vom Präfecten für jede Irrenanstalt ernannt wird und aus 5 Mitgliedern besteht (darunter ein Jurist und einige Laien), empfiehlt er, eine Behörde zu schaffen, welche dauernd mit den betreffenden Irrenanstalten in Verbindung steht, gelegentlich Revisionen vornimmt und unter ihren Mitgliedern einen Juristen hat, der gleichzeitig der Vertreter für die noch nicht entmündigten Geisteskranken ist.

Wie Referent dem Berichte der Deutschen Medicinal-Zeitung entnimmt, betonte Leppmann als Mitberichterstatter, dass die Angriffe gegen die Irrenärzte keine specialistische Angelegenheit seien, sondern sich eigentlich gegen den Aerztestand im Allgemeinen richteten. Als die grössten Uebelstände bezeichnet L. die dauernde Ueberfüllung der Irrenanstalten, die Unterbringung geisteskranker Verbrecher in Irrenanstalten und das Wärterwesen. L. wünscht eine bessere Behandlung der Wärter selbst und regt die Frage der Einrichtung von Wärterschulen unter staatlicher Autorität an. Der im Ministerium zu schaffenden eigenen Abtheilung für das Irrenwesen weist L. die Aufgabe zu, die ausserhalb der Anstaltspflege befindlichen Geisteskranken zu überwachen, zumal da in dem Verhältnisse der Geisteskranken zu der öffentlichen Armenpflege ein grosser Uebelstand liege. Das Irrenamt habe den Geisteskranken ausserhalb der Irrenanstalt die Aufmerksam-

keit und Fürsorge zuzuwenden und dieselben zweckmässig unterzubringen. An der Spitze des Irrenamtes müsse allerdings ein Arzt und nicht ein Jurist stehen.

Die Thesen wurden nach kurzer Debatte angenommen.

Hoppe.

363) **Paul Pollitz:** Die Wasserversorgung und die Beseitigung der Abwässer grösserer Krankenanstalten unter besonderer Berücksichtigung der Irrenanstalten.

(Sonder-Abdruck aus der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen. 3. Folge, X, Doppelheft.)

Die moderne Krankenhaushygiene stellt eine grosse Reihe Anforderungen rücksichtlich der Wasserzufuhr und der Entfernung der Abwässer. Principiell soll die Wasserentnahme solcher Anstalten nur von Grundwasser geschehen, welches von jeder Verunreinigung geschützt sein muss. Oberflächenwasser ist wegen seiner stark wechselnden Temperatur, seiner steten Beimengungen von Fäulnissstoffen und seines meist beträchtlichen Keimgehaltes nur dort, wo absolut kein Bodenwasser oder dieses in zu geringer Menge zur Verfügung steht, zu benutzen und muss vor dem Gebrauch sorgfältig filtrirt oder sterilisirt werden. Sanitätspolizeiliche Revision, namentlich bei letzterem Bezuge des Wassers, ist von Zeit zu Zeit geboten. Die Hauptgesichtspunkte bei der Wegschaffung der Abwässer sind ihre Unschädlichmachung in hygienischer Beziehung, Schutz von Luft, Boden, Wasserläufen vor Infectionen und ihre Ausnützung für landwirthschaftliche Zwecke. Am hygienischsten und practischsten ist die Anlage einer Schwemmkanalisation mit nachfolgender Rieselung. Muss auf die Rieselvorkehrung verzichtet werden, so ist die künstliche Reinigung des Canalwassers nach einem der neueren Systeme, von denen mehrere genauer beschrieben werden (sie besitzen meist noch recht erhebliche Mängel) vor der Einleitung der Abwässer in einen Flusslauf nothwendig. Das Graben- und Tonnensystem ist für Krankenanstalten aus sanitären Gründen vollständig zu verwerfen. Liernur's pneumatische Canalisation hat sich in der Praxis wenig bewährt.

Jentsch.

364) **Paul Sérieux** (médecin de l'asile de Villejuif): L'assistance des alcooliques en Suisse et en Allemagne.

(Bulletin de la société de médecine mentale Belgique, mars 1895.)

365) **Paul Serieux:** Les établissements pour le traitement des buveurs en Angleterre et aux Etats-Unis. Projets de création d'asiles alcooliques en Autriche et en France.

(Ibidem, Juni 1895.)

Nach einem kurzen Hinweis auf die erschreckende Zunahme der Trunksucht und auf die unheilvollen Folgen, welche dieselbe für die Gesellschaft besonders durch ihren degenerativen Einfluss hat, untersucht S. die Massregeln für die Heilung der Trinker. S. theilt sie in 1. Dipsomanen, 2. Gewohnheitstrinker, die unfähig sind, ihrem krankhaften Triebe nach Alcohol zu widerstehen und 3. Trinker, ohne es zu wissen, die mehr aus Nachahmung oder in Folge ihres Gewerbes oder aus Vorurtheil für die Nothwendigkeit einer täglichen Alcoholration trinken, und betrachtet alle nicht

als lasterhafte Menschen, sondern als bemitleidenswerthe Kranke. Mit Recht betont S, dass die Irrenanstalten nicht der geeignete Platz für dieselben sind und nur geisteskranke Trinker bis zu ihrer Heilung von ihrer Psychose beherbergen können; für die Heilung der Trunksucht selbst aber als Krankheit fordert er Specialasyle, wie sie in den Vereinigten Staaten und England, in der Schweiz und in Deutschland errichtet worden sind.

Einer kurzen Uebersicht über die Geschichte der Trinkerasyle folgt im ersten Aufsatze eine Besprechung der deutschen und schweizerischen Trinkerheilanstalten. Es sind dies nach der Zeit ihrer Gründung angeordnet: Lintorf in der Rheinprovinz (1851), Pilgerhütte im Canton Basel (1865), Siloah bei Lintorf (1879), Trelen im Canton Vaud (1885), Leipe in Schlesien (1886), Salem bei Rickling in Holstein (1887), Friedrichshütte und Wilhelmshütte bei Bielefeld (1888), Ellikon im Canton Zürich (1889), Klein-Drenzig bei Guben (1889), Nüchtern im Canton Bern (1891), Sophienhof bei Tessin in Mecklenburg (1891). Dem Verfasser passirt allerdings der Lapsus, dass er Salem in die Nähe von Cassel verlegt und ausserdem noch eine Anstalt Rickling in Holstein aufstellt. Eine Anstalt Döring („in Norddeutschland"), die 1887 gegründet sein soll, ist dem Ref. unbekannt. Dagegen fehlen Carlshof bei Rastenburg in Ostpreussen (1890) und Sagorsch bei Rahnel in Westpreussen (1892).

S. beschreibt nicht jede Anstalt besonders (Tilkowski hat in dieser Weise die hauptsächlichsten Trinkerheilanstalten der Schweiz und Deutschlands in den Jahrbüchern für Psychiatrie 1894 geschildert), sondern nach allgemeinen Gesichtspunkten mit Betonung der gemeinsamen Charactere: ihre Gründung, die bei allen aus privater Initiative erfolgt ist, ihre Leitung, welche bei der überwiegenden Anzahl in den Händen von Pfarrern und nur in Ellikon, Nüchtern und Klein-Drenzig Aerzten anvertraut ist, die Zahl der Kranken, welche nirgends 40 überschreitet, das in allen aufrecht erhaltene Princip der vollständigen Freiheit der Kranken, welche sich nur zu einer bestimmten Aufenthaltsdauer verpflichten (in Ellikon bis zu 18 Monaten, in Lintorf und Pilgerhütte bis zu 2 Jahren, das Minimum beträgt in allen Anstalten 6 Monate), die Auswahl der Kranken (Ausschluss der Geisteskranken, Epileptiker, depravirter und unheilbarer Elemente, jugendlicher Personen unter 18 resp. 20 Jahren), die coloniale Natur der Asyle, ihre innere Einrichtung, das Reglement, das Personal, die Behandlung (allenthalben vollständige Abstinenz, auch für das Personal, verbunden mit guter nahrhafter Kost, Arbeit im Freien und moralischen Einwirkungen), die Kosten und das Budget der Trinkerheilanstalten, die Resultate der Behandlung in den verschiedenen Anstalten und endlich die Massnahmen, um die Entlassenen vor Rückfall zu bewahren und in der Abstinenz zu erhalten, an die zu gewöhnen der Hauptzweck der Anstalt ist. Dazu gehört die schriftliche Verpflichtung der Entlassenen, eine Zeit lang abstinent zu bleiben, die Unterhaltung von Beziehungen mit einander und mit dem Asyl, Aufnahme in Enthaltsamkeitsvereine, Beaufsichtigung und Fürsorge durch specielle Hilfsvereine für entlassene Trinker, Einrichtung von Restaurants und Cafés, aus denen alcoholische Getränke verbannt sind. Zum Schlusse betont S. die Nothwendigkeit der Einrichtung von Trinkerasylen, welche lange nicht den Bedürfnissen genügen, und gesetzliche Massnahmen, um die

Trinker auch wider ihren Willen in Trinkerheilanstalten bringen und dort bis zur Heilung festhalten zu können. Ein solches Gesetz existirt in Europa bisher nur im Canton St. Gallen (seit 1891), wo das Asyl Ellikon zur zwangsmässigen Aufnahme der Trinker dient. Dieselbe geschieht auf Grund eines Beschlusses des Municipalrathes und eines ärztlichen Attestes auf einen Zeitraum von 9—12 Monaten.

Aehnliche Gesetze bestehen, wie S. im zweiten Aufsatze auseinandersetzt, in einigen englischen Colonien und in den Vereinigten Staaten. Die Trinker können durch ihre Familie oder von Seiten der Behörden zwangsweise in Trinkerasylen untergebracht werden, wobei die Dauer des Aufenthalts gewöhnlich auf ein Jahr festgesetzt ist. In den verschiedenen Staaten differiren die Bestimmungen in den Einzelheiten. Die meisten Trinkerasyle Nordamerikas, ca. 30 an der Zahl, sind aus privater Initiative hervorgegangen, werden aber vom Staate subventionirt. In England ist zwar auch der Eintritt (in die staatlich concessionirten Anstalten, Ref.) ein freiwilliger, doch besteht ein bestimmtes Gesetz, wonach der Eintretende für die Zeit, für welche er sich zu verpflichten hat (dieselbe darf höchstens ein Jahr betragen) zwangsweise in der Anstalt zurückgehalten werden kann. Die „Habitual Drinkards Act", welche am 1. Januar 1880 in Kraft getreten ist, bezieht sich auf Gewohnheitstrinker, welche ihr Aufnahmegesuch mit Angabe der Zeit, für die sie sich im Asyl zu bleiben verpflichten, und zwei von zwei Friedensrichtern bestätigte Zeugnisse, dass sie Gewohnheitstrinker sind, selbst schriftlich einzureichen haben. Ueber jede Aufnahme muss binnen 48 Stunden später den betreffenden Behörden von dem Director Bericht erstattet werden. Bei Entweichungen kann der Trinker zwangsmässig zurückgebracht werden, Zuwiderhandlungen gegen das Reglement werden mit Geld- und Freiheitsstrafen belegt. Zur Beaufsichtigung der Asyle sind staatliche Inspectoren bestimmt. Im October 1892 bestanden 7 Trinkerasyle (Rickmansworth, Twickenham, Chiswick, Walsall, Fallowfield, Westgate Tower House, Cuthbert, Retreat), keins mit mehr als 25 Pensionären. Das Reglement ist ähnlich wie in den deutschen Anstalten. Die „Homes of inebriates Association", welche 1884 das bedeutendste Asyl Rickmansworth gegründet hat, beabsichtigt noch ein Asyl für bedürftige Trinker zu errichten (Kostenanschlag 500,000 Francs). In Schottland ist man mit der Ausarbeitung eines Gesetzes beschäftigt (The Restaurative Homes Bill), welches die zwangsmässige Internirung von Trinkern zum Gegenstande hat.

In Oesterreich ist im Jahre 1892 nach langjährigen Erörterungen der Bau eines öffentlichen Trinkerasyls beschlossen worden, dessen Zweck jedoch von den Einrichtungen in allen anderen Ländern abweicht, da dasselbe zur Entlastung der niederösterreichischen Irrenanstalten von ihrer Trinkerbevölkerung dienen soll. Dieselbe betrug in der Irrenanstalt Wien 16,78% im Jahre 1881, ist im Jahre 1892 bis auf 35% gestiegen und wird auf ca. 200 Köpfe geschätzt). Nach Ablauf der Geistesstörung sollen die Trinker in das mit einer Irrenanstalt als Dependenz in Zusammenhang stehende Asyl gebracht werden und dort bis zur Heilung von ihrer Trunksucht bleiben. Aussderdem sollen daselbst auch unheilbare Trinker zwangsweise internirt werden. Doch ist dazu noch der Erlass eines Specialgesetzes nothwendig.

Ziemlich ausführlich bespricht S. die Geschichte der Bestrebungen in Frankreich für die Errichtung von Trinkerheilanstalten seit dem Anfange dieses Jahrhunderts, bis endlich im April 1894 Magnan, Marandon de Montyel und Briand in ihren Anstalten specielle Abtheilungen für die Behandlung von Trinkern begründeten und im Juli 1894 im Seinedepartement der Bau einer Trinkerheilanstalt für 500 Personen zu St. Evrard beschlossen wurde. Für diese und die übrigen in Frankreich zu errichtenden Trinkerheilanstalten (Magnan und Legrain fordern ausserdem noch die Gründung von 6 Asylen in den verschiedenen Teilen Frankreichs) stellt S. die Grundsätze auf, nach denen dieselben geleitet werden müssen: Heilbarbarkeit der aufzunehmenden Trinker, Theilung des Asyls in 10 unabhängige Colonien (Pavillons) von je 50 Trinkern (wodurch gleichzeitig die Trennung der Trinker in verschiedene Categorien gewährleistet werden soll, völlige Abstinenz für die Trinker nicht nur, sondern für das gesammte Personal, Arbeiten in freier Luft für alle Kranke, ein Minimalaufenthalt von 6 Monaten, der gesetzmässig gesichert sein muss. Vorschläge für ein solches Specialgesetz (1. zwangsmässige Internirung von Trinkern, die einen Anfall von Geistesstörung überstanden haben, auf 6—18 Monate; 2. Internirung von Gewohnheitstrinkern auf 6—18 Monate und zwangsweiser Aufenthalt von Trinkern, die freiwillig oder auf Antrag ihrer Familie in das Asyl eingetreten sind, für dieselbe Zeit; 3. Internirung von unheilbaren gemeingefährlichen Trinkern auf unbestimmte Zeit) beschliessen die lesenswerthen Aufsätze.

In 3 Anhängen macht S. noch ziemlich ausführliche Mittheilungen über das schweizerische Alcoholmonopol, über den Guttemplerorden und über die Mässigkeitsrestaurants der Schweiz, während 4 andere Anhänge die Statuten des Enthaltsamkeitsvereins des Cantons Obwald, des internationalen Verbandes „Blaues Kreuz", der internationalen Vereinigung gegen den Missbrauch alcoholischer Getränke und eine Uebersicht über die wichtigsten periodischen Publicationen auf dem Gebiet des Anti-Alcoholismus geben.

Hoppe.

---

366) **Otto Wetterstrand**: Om behandling af kronisk morfin-, opium-, kokain- och kloralintoxikation med hypnos och suggestion.

(Hygiea, 58. Bd., 1896, S, 363.)

Im Ganzen hat der Verfasser 51 Fälle obengenannter Leiden behandelt; von diesen sind 3 gestorben, in 6 Fällen ist keine Wirkung erzielt, in 5 Recidiv eingetreten und 37 sind geheilt. Einzelne Krankengeschichten werden mitgetheilt. Auf Grundlage seiner Erfahrung empfiehlt der Verf. sehr energisch die hypnotische und suggestive Behandlung als das vorzüglichste und sicherste Verfahren bei der Abgewöhnung des Missbrauches von Morphin u. s. w., dessen letzten Grund er in einer geschwächten Willenskraft findet.

Koch (Kopenhagen).

---

367) **Mitterstädt** (Eberswalde): Irrenhäuser und Entmündigungswesen.
(Preussische Jahrbücher 1896, 2. Heft.)

Verfasser, Amtsgerichtsrath in Eberswalde, welcher seit 1879 alle Entmündigungssachen der Landesirrenanstalt zu Eberswalde geleitet und jährlich durchschnittlich 70 Fälle bearbeitet hat, kann sich mit Recht ein competentes Urtheil in der Frage des Entmündigungswesens vindiciren, soweit es ein Nicht-Psychiater überhaupt haben kann. Er behandelt denn auch die Frage in rühmlichem Gegensatz zu vielen neueren durch Sachkunde nicht getrübten Aufsätzen und Broschüren mit anerkennenswerthem Verständniss und den viel gescholtenen Irrenärzten gerecht werdender Objectivität.

Die Verwaltungsvorschriften über Aufnahme von angeblich Kranken und Beaufsichtigung der Irrenanstalten hält M. in sachlicher Kritik der dagegen erhobenen Anklagen für völlig genügend. Wenn hier und da offenbare Missbräuche und Schäden hervorgetreten seien, so erkläre sich dies eben aus der Unzulänglichkeit aller menschlichen Institutionen. Mit Recht betont er, dass die besten Gesetze, die umsichtigsten und genauesten Vorschriften nichts nützen, wenn die sie ausführenden, menschlichen Schwächen unterworfenen, Personen irren oder sich täuschen lassen.

Dagegen sind nach M. die Vorschriften über das Entmündigungsverfahren in wesentlichen Punkten einer Verbesserung fähig. Bei den zweifellosen Fällen allerdings, welche mindestens 90% aller Fälle bilden, hält M. das augenblickliche Verfahren für völlig ausreichend und practisch, nur sollte der Richter zur Entscheidung und zum Erlass des Entmündigungsbeschlusses zuständig sein, welcher den Kranken gesehen, sich mit ihm unterhalten hat; auch müsste die Anfechtung des Entmündigungsbeschlusses erleichtert werden. Für die zweifelhaften Fälle dagegen erscheint ihm ein förmliches Streitverfahren, welches für jene ein viel zu schwerfälliges, zu umfangreiches und zu kostspieliges Verfahren wäre, durchaus geboten. Der Amtsrichter müsste, falls er nicht eben blindlings dem Gutachten des Psychiaters sich beugen soll, von vornherein gezwungen und durch ausführliche Mittheilung des Falles, des Krankenjournales und des Gutachtens in die Lage versetzt werden, jeden Fall genau zu prüfen und sich darüber schlüssig zu werden, ob ein unzweifelhafter oder ein zweifelhafter Fall vorliegt. Im ersteren Falle wäre das gewöhnliche Beschlussverfahren, im letzteren das Streitverfahren vor dem Amtsgericht einzuleiten, welches durch den, dem Antragsteller, der Staatsanwaltschaft und der Vormundschaftsbehörde mitzutheilenden Einleitungsbeschluss zu eröffnen ist und vor dem Amtsrichter zwischen einem Vertreter der Staatsanwaltschaft, dem zu Entmündigenden und einem für letzteren zu bestellenden Rechtsbeistand unter Zuziehung von ärztlichen Sachverständigen stattfinden soll. Der Richter hätte nicht bloss deren Anträge zu berücksichtigen, sondern auch von Amtswegen Alles zu eruiren, was Klarheit zu schaffen ihm geeignet erscheint und danach zu erkennen. Gegen das amtsgerichtliche Erkenntniss würde dann die Berufung an das Landesgericht und die Revision beim Oberlandesgericht zulässig sein.

Hoppe.

368) **Brush:** Some clinical experience with thyroid extract in the treatment of insanity.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1896, Nr. 4.)

Nach dem Vorgange von Clouston, Bruce und Macpherson hat B. in 6 Fällen von Geisteskrankheit die Schilddrüsentherapie in Anwendung gezogen.

1. Seit 5 Jahren bestehender Fall von Zweifelsucht und Berührungsfurcht. — Erfolg leichte Besserung.

2. Fall von chronischen Wahnideen mit Neigung zur Heftigkeit, Unsauberkeit und Zerstörungstrieb. Rauhe Haut und spärlicher Haarwuchs. — Rapide Besserung. Vollständig befreit wurde die Kranke von ihrem Leiden zwar nicht, indessen so weit hergestellt, dass sie nach Haus entlassen werden konnte. In einem halben Jahr Gewichtszunahme um 44 Pfund trotz Schilddrüsenfütterung.

3. Fall von milder einfacher Melancholie, seit mehreren Monaten bestehend. Gleichzeitig Schilddrüsentumor. Zunächst trat mit der Aufnahme von Schilddrüsenpräparaten stärkere Depression ein, darauf allmählich fortschreitender Uebergang in Genesung.

4. Fall von recurrirender Manie. Die letzte Attacke zog sich sehr in die Länge. Die Kranke war bei Beginn der Behandlung lärmend, aufgeregt, zerstörungssüchtig und unreinlich. Zunächst blieb der maniakalische Zustand bestehen; gleichzeitig stellte sich beträchtlicher Verlust an Körpergewicht ein. Dann allmähliche Besserung.

5. u. 6. Zwei Fälle von chronischer Melancholie; beide blieben unbeeinflusst. In dem einen derselben deutliche Gewichtszunahme, Abschuppung der Haut, vermehrtes Wachsthum der Haare.

In der Discussion erwähnt Moulton, dass Ch. K. Clarke in Kingston (Ontario) ebenfalls 5 Fälle von Psychosen mittelst Schilddrüsenpräparaten behandelt hat; es waren:

1—3. Fälle von chronischer Demenz. Im ersten Falle Besserung in 3 Wochen, darauf eine Woche nach Aussetzen des Verfahrens Rückfall. Im 2. Falle vollständige Wiederherstellung in 10 Wochen und anhaltende Genesung. Im 3. Falle in 3 Wochen Besserung.

4. Fall von chronischer Melancholie mit Wahnideen. In $2^1|_2$ Monaten vollständige Umwandlung, die als Heilung aufgefasst werden konnte.

5. Fall von Stupor im Anschluss an Puerperalmanie. In weniger als 3 Monaten merkliche Besserung. Die Kranke konnte nach Hause als ziemlich geheilt entlassen werden.

Buschan.

---

369) **J. Krayatsch:** Zur Bettbehandlung chronisch Geistesgestörter.

(Jahrb. für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XIV, H. 3.)

Die Bettbehandlung übt den günstigsten Einfluss auf jene Kranke, welche an secundärer Geistesstörung leiden und ehedem in den Anstalten in den Winkeln abseits kauerten, die Wände beschmierten etc. Man ersieht aus einer beigefügten Tabelle, die 42 Fälle enthält, dass die Bettruhe auf 2 Dritttheile der vorübergehend aufgeregten Kranken so beruhigend einwirkt, dass dadurch die früher für dieselben indicirte Separation überflüssig wurde.

Behr (Riga).

370) **J. Krayatsch:** Ein Gutachten über die Anlage und bauliche Einrichtung einer modernen Irrenanstalt.
(Jahrb. für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XIII, H. 2 u. 3.)

Verf. veröffentlicht seine Anschauungen und Grundsätze über die Anlage neu zu erbauender Irrenanstalten, wie sich dieselben ihm als Leiter der Niederösterreichischen Landesirrenanstalt zu Kierling-Gugging entwickelt hatten.

Die Arbeit ist für ein Referat ungeeignet, daher sei in Betreff aller Einzelheiten auf das Original verwiesen. Behr.

---

371) **State of New-York.** State Commission in Lunacy. Sixth annual report 1. October 1893 to 30. September 1894. (Sechster Jahresbericht der Staatscommission für das Irrenwesen des Staates New-York vom 1. October 1893 bis zum 30. September 1894.)

Ein stattlicher Band von 687 Seiten in der splendiden Ausstattung, wie man sie bei amerikanischen und englischen Schriften gewöhnt ist, liegt vor mir. Dieselbe gewährt durch eingehende Mittheilungen einen interessanten Einblick in die vielfach von unseren Einrichtungen abweichenden und zum Theil gegenüber denselben fortgeschrittenen Verhältnissen, so dass man den Bericht besonders in einem Zeitpunkte, wo die Reform des deutschen Irrenwesens auf der Tagesordnung steht, nur auf das angelegentlichste dem Studium der deutschen Irrenärzte empfehlen kann. Um diesen Einblick selbst zu gewinnen, hat die Staatscommission an die einzelnen Irrenanstaltsdirectionen nicht weniger als 60 specialisirte Fragen gerichtet, welche die wichtigsten Punkte des Anstaltslebens, die Bauten, die Anstaltseinrichtungen und deren Kosten, die Behandlung der Kranken, die Verhältnisse der Aerzte und der Wärter, die Erfahrungen, welche bisher mit gewissen neueren Einrichtungen gemacht worden sind, betreffen und die Urtheile über deren Zweckmässigkeit, sowie über einige geplante Neuerungen einholen.

Im Jahre 1890 übernahm der Staat New-York auf Grund eines Specialgesetzes die Fürsorge für die hilfsbedürftigen Geisteskranken, welche bis dahin zum Theil den einzelnen Grafschaften obgelegen hatte. Es wurden über 2000 Geisteskranke, welche in Armenhäusern, Hospitälern u. s. w. untergebracht waren, in die Staatsanstalten übergeführt, welche daher bedeutend vergrössert werden mussten, und es sind nunmehr noch 2 Grafschaften (counties), New-York und Kings, übrig, welche ihre Kranken in eigenen Anstalten verpflegen. Doch ist auch hier ein baldiger Uebergang in die Hände des Staates und damit in geordnete Verhältnisse zu erwarten.

Der Staat New-York hat 9 staatliche Irrenanstalten:

	Bestand am 1. October 1894:	
1. Utika State Hospital	999	Kranke
2. Willard State Hospital (Pflegeanstalt)	2165	„
3. Hudson River State Hospital . .	1429	„
4. Middletown State Homœopathic Hospital	1047	„
5. Buffalo State Hospital	724	„
6. Binghampton State Hospital . . .	1219	„

7. St. Lawrence State Hospital . . .	1100	Kranke
8. Rochester State Hospital	435	„
9. Matteawen State Hospital . . . . (nur für irre Verbrecher)	453	„ (416 M., 37 F.
	9571	Kranke.

Dazu kommen die Irrenanstalten der Grafschaft resp. Stadt New-York.

Ward's Island Hospital	3827	Kranke
Blackwells Island Hospital (nur für Frauen)	560	„
Hart's Island Hospital	1600	„
Central Islip (City Farm)	408	„
	6395	Kranke

und die Anstalten von Kings County (The Lodge, Middle house Asylum und Kings Park) mit ca. 2000 Kranken.

In öffentlichen Irrenanstalten waren also am 1. October 1894 im Staat New-York (mit beinahe 6 Millionen Einwohnern) 18,259 Geisteskranke untergebracht, während in den 18 Privatanstalten noch 819 Kranke verpflegt wurden. Die Zahl der in öffentlichen Anstalten verpflegten Kranken hat im Berichtsjahre um 943 zugenommen, in den Privatanstalten hat die Zahl um 107 abgenommen.

Uebrigens besitzt der Staat auch eigene Anstalten für Idioten und Schwachsinnige. Syracuse State Institution for Feeble-Minded Children war am 1. October 1894 mit 514 Kindern, State Custodial Asylum for Feeble-Minded Women mit 344 Frauen, theBrunswick House for Idiotic and Feeble-Minded mit 154 Kranken, the Rome State Custodial Asylum for Unteachable Idiots mit 199 Idioten belegt, während in Armenhäusern 379 Idioten und Epileptiker untergebracht waren.

Das gesammte Irrenwesen des Staates New-York steht unter Oberaufsicht der Staatscommission, welche 1889 an Stelle des Staatscommissionärs getreten ist und die Aufsichtsrechte der Armenverwaltung des Staats über die Irrenanstalten übernommen hat. Diese Staatscommission ist die oberste Behörde für die staatlichen Irrenanstalten, sie hat aber ausserdem noch das Aufsichtsrecht über die noch bestehenden Landschafts- und die Privatirrenanstalten. Es ist also eine Institution, wie sie in Deutschland noch ein pium desiderium ist. Ausser dieser Oberaufsichtsbehörde hat jede Staatsirrenanstalt ihre besonderen board of managers (entsprechend etwa einer Besuchscommission) und einzelne trustees (Vertrauenspersonen), zu denen gewöhnlich Aerzte gehören. Der board of manager hält monatliche oder vierteljährliche Versammlungen in den Irrenanstalten ab, bei welchen dieselben eingehend visitirt werden, ausserdem besuchen die einzelnen Mitglieder ebenso wie die einzelnen trustees die einzelnen Irrenanstalten zuweilen oder öfters (durchschnittlich 10 mal, einige bis zu 25 und 49 Malen im letzten Jahre). Die Grafschafts-Irrenanstalten von New-York und Kings haben eine besondere Aufsichtsbehörde: the Board of Commissioners of Charities and Corrections.

Als besonders abweichend von deutschen Verhältnissen erscheint es, dass die meisten Anstalten eine Mehrzahl von Küchen, für eine oder mehrere Abtheilungen je eine hat. So hat St. Lawrence State Hospital 4, the Hudson River State Hospital 11 Küchen, jede mit ihrem eigenen Chef.

Einen Vortheil hat dieses System der Decentralisation gewiss, nämlich dass bei der Zubereitung des Essens eine grössere Sorgfalt geübt werden kann als bei der Massenzubereitung für 1000 oder 2000 Köpfe in einer Centralküche. Ein weiterer Vortheil hängt mit einer anderen den amerikanischen Anstalten eigenthümlichen Einrichtung zusammen. Die meisten Anstalten haben für alle Kranken oder einen grösseren oder kleineren Theil derselben gemeinschaftliche Esssäle, welche je einer Küche benachbart sind. So hat Utika State Hospital 3 Esssäle, je einen für 100 Kranke, Hudson River Hospital hat auf der Männerseite einen grossen Esssaal für 430 Kranke und 70 Wärter und einen kleineren für 75 (sieche) Kranke und 15 Wärter, St. Lawrence State Hospital einen Saal für 360 und zwei für je 125 Kranke. Als Vorzüge dieser gemeinschaftlichen Esssäle werden gerühmt: die Möglichkeit, dieselben in die Nähe der Küchen zu legen, so dass die Speisen schneller und wärmer auf den Tisch kommen; grössere Oeconomie bei der Vertheilung und Verwendung der Speisen, leichtere Beaufsichtigung und Bedienung der Kranken beim Essen, Entlastung der Krankenabtheilungen, Fernhaltung der Speisegerüche und Speisereste, sowie aller Messer und Gabeln von denselben (dieser Vortheil scheint dem Referenten am schwersten in's Gewicht zu fallen), Möglichkeit, die Krankenabtheilungen während der Mahlzeit gehörig zu lüften und Zerstreuung der Kranken. Doch dürfte sich diese Einrichtung für die meisten deutschen Irrenanstalten schon wegen der ausgedehnten Bettbehandlung verbieten, welche hier geübt wird, während dieselbe in Amerika wenig bekannt zu sein scheint. An einigen staatlichen Anstalten New-Yorks speisen sogar geisteskranke Männer und Frauen zusammen.

Eine weitere Eigenthümlichkeit sind grosse gemeinschaftliche Schlafräume für eine Zahl von 75 bis zu 100 Kranken. Allerdings variiren die Ansichten der einzelnen Anstaltsdirectoren über die zulässig grösste Zahl, welche ein Schlafsaal beherbergen soll, sehr; während einzelne 11 bis 20 bis 25 für das zulässige Maximum erklären, halten andere 50, noch andere 100 nicht für zu viel. Ausser ruhigen dementen Kranken werden auch hinfällige, melancholische, selbstmordverdächtige und andere überwachungsbedürftige Kranke mit Ausnahme der Störenden für die Unterbringung in diese Schlafsäle geeignet gehalten.

Für Brausebäder ist in allen Irrenanstalten in reichlichem Maasse gesorgt. Dieselben werden den Wannenbädern, die nur in geringer Anzahl und für hinfällige Kranke, sowie für besondere Fälle gebraucht werden, bei weitem vorgezogen. Grössere Reinlichkeit, geringere Möglichkeit der Ansteckung (besonders der Uebertragung von Hautkrankheiten), grössere Schnelligkeit der Procedur und geringerer Wasserverbrauch, leichtere Bedienung der Kranken, Ausschluss der Gefahr, die Kranken zu verbrühen, Unmöglichkeit, dasselbe Wasser für mehrere Kranke zu verwenden, und der stimulirende Einfluss auf die Kranken werden allenthalben als (leicht einleuchtende) Vorzüge hervorgehoben. (In Allenberg ist übrigens in den neuerbauten Pavillons ein Brausebad für Männer vorgesehen) Das Baden wird in den meisten Anstalten von einem Arzte überwacht, während auf der Frauenabtheilung der weibliche Arzt, welchen jede Anstalt besitzt, an-

wesend ist. Nachahmenswerth erscheint die Anlegung von gedruckten Badevorschriften in den Baderäumen, welche die Badediener zu beobachten haben.

Das Open-Door-System ist nur in Utika State Hospital und Binghampton State Hospital in grösserem Maassstabe vorhanden. Traillen sind in den meisten Anstalten ganz oder zum Theil abgeschafft. Eingeschlossene Krankengärten sind nur vereinzelt (für unruhige Kranke) vorhanden; man hält sie in den meisten Anstalten für unnöthig und unzweckmässig und lässt lieber die geeigneten Kranken im Park oder auf öffentlichen Wegen unter Aufsicht spazieren gehen. Mit mechanischen Zwangsmitteln scheint in den meisten Anstalten noch viel gewirthschaftet zu werden. Neben dem fast überall gebrauchten und gerühmten „protection sheet" (Schutztuch?) sind vereinzelt noch Zwangsjacken, Zwangsgürtel, Zwangshandschuhe u. dergl. in Anwendung. Der mechanische Zwang wird für harmloser gehalten als manueller oder chemischer. Beruhigungsmittel werden in der That sehr wenig und an vielen Anstalten gar nicht, wenigstens nicht als Ersatz für Zwangsmittel, verabfolgt. Für die Beschäftigung der Kranken ist überall in genügender Weise gesorgt. Auf Zerstreuungen, Unterhaltungen und körperliche Uebungen wird mit Recht ein grosser Werth gelegt. An allen Anstalten ist überaus reichliche Gelegenheit zu Spielen auf den Abtheilungen und im Freien geboten. Gewöhnlich findet wöchentlich ein Tanzvergnügen statt, ausserdem an einzelnen Anstalten wöchentliche Concerts und Theateraufführungen. Im ärztlichen Collegium ist an allen Anstalten ein weiblicher Arzt angestellt, welchem u. A. die gynäkologischen Untersuchungen obliegen. Die Zahl der Aerzte ist im Allgemeinen grösser als bei deutschen Anstalten. Es kommt mit Einschluss des Directors im Durchschnitt an den Staatsanstalten ein Arzt auf 138 Kranke (an den Grafschaftsanstalten allerdings nur ein Arzt auf 189 Kranke), in maximo 1 : 88 (Rochester), in minimo 1 : 197 (Willard). Die überwiegende Mehrzahl der Aerzte waren vorher in allgemeinen Krankenhäusern angestellt, bevor sie in den Irrenanstaltsdienst übertraten. Die Gehälter sind nach deutschen Begriffen gemessen sehr reichlich. Abweichend von deutschen Verhältnissen bekommen auch die verheiratheten Aerzte freie Verpflegung und Bedienung nicht nur für sich, sondern auch für ihre Familie. Das Gehalt des Directors beträgt gewöhnlich 4000 Dollars (an einzelnen Anstalten 4500 – 5000 Dollars), der erste Assistenzarzt bekommt 2000 bis 2500 und 3000 Dollars, der nächste 1600 bis 2000, der jüngste 1000 bis 1200 Dollars. Die Gehälter werden auch im Allgemeinen von den Directoren als ausreichend bezeichnet. In den Grafschaftsanstalten sind allerdings die Gehälter wesentlich geringer. Die Dienste von Dentisten werden nur ausnahmsweise auf Kosten der Kranken in Anspruch genommen; nach Ansicht aller Anstaltsdirectoren sollte von Anstaltswegen bei allen Kranken für zahnärztliche Behandlung gesorgt werden.

Bei der Besprechung der Wärterverhältnisse ist zunächst hervorzuheben, dass in allen Anstalten für den Nachtdienst besondere Wärter vorhanden sind. Das Verhältniss der Tagewärter zu der Zahl der Kranken wechselt in den einzelnen Anstalten von 1 : 7 bis 1 : 12 (in den Anstalten der Stadt New-York 1 : 6 bis 1 : 16). die Zahl der Nachtwärter

von 1 : 34 bis 1 : 25 (in den Grafschaftsanstalten 1 : 32 bis 1 : 80). Der Dienst der Tagewärter dauert gewöhnlich von 6 Uhr Morgens bis 7 Uhr (in einzelnen Anstalten bis 8 oder 9 Uhr) Nachmittags, der Nachtwärter entsprechend von 7 Uhr (oder 9 Uhr) Nachmittags bis 6 Uhr Morgens. Für Beurlaubungen ist besonders reichlich am Hudson River Hospital gesorgt. Hier haben die Wärter jeden zweiten Nachmittag von 5½ Uhr bis 10 Uhr, einen Nachmittag wöchentlich von 4 Uhr bis 10 Uhr, einen halben Tag monatlich von 12 Uhr Mittags bis 10 Uhr Abends und jeden zweiten Sonntag von 8 Uhr Morgens bis 10 Uhr Abends frei. Aehnlich ist es an den anderen Anstalten An allen Anstalten bekommen die Wärter jährlich einen 14tägigen Urlaub. Wie von allen Directoren mit Recht betont wird, ist eine grössere Liberalität in Gewährung von Freistunden und Urlauben ein nothwendiges Erforderniss, um das Wartpersonal frisch und arbeitslustig zu erhalten. An den meisten Anstalten besteht ein W ä r t e r h e i m in welchem die Wärter ihre dienstfreie Zeit und zum Theil auch die Nächte zubringen können; doch ziehen es manche Wärter vor, Nachts immer auf ihren Abtheilungen zu bleiben. Middlehouse State Hospital hat für jedes Geschlecht ein besonderes Wärterheim, St. Lawrence State Hospital zwei Gruppen von kleineren Häusern, welche die Gesammtzahl der Wärter aufnehmen können, Wards Island ein 1889 eröffnetes Gebäude für 120 Wärter und andere Bedienstete, ebenso Blackwells Asylum für 100 Wärter; das Wärterinnenheim in Buffalo hat parterre ein Gesellschafts-, ein Musikzimmer, ein Bibliothekzimmer und einen Schulraum für die Wärterschule. Nach dem Tagesdienst verlassen die Wärterinnen ihre Abtheilungen und verbringen dort ihre Abende mit Lesen, Schreiben, Musiciren etc. Die Vortheile einer solchen Einrichtung liegen auf der Hand, die Directoren rühmen dieselbe und empfehlen die weitere Ausdehnung derselben. Die G e h ä l t e r variiren auch an den einzelnen Staatsanstalten bedeutend, das Minimum bei den Männern von 16 bis 22 Dollars, bei den Frauen von 12 bis 17 Dollars, das Maximum bei den Männern von 28 bis 50 Dollars, bei den Frauen von 22 bis 35 Dollars monatlich. Die Gehälter steigen in den ersten Jahren sehr schnell. In einzelnen Anstalten bekommt das Wartpersonal Anstaltskleidung. Der Wärterwechsel ist verhältnissmässig gering, er ging im Berichtsjahre nur in einzelnen Anstalten bis zu 50% hinauf, in einer Anstalt blieb er unter 15%.

An allen staatlichen Anstalten besteht eine W ä r t e r s c h u l e für beide Geschlechter. Der Unterricht, welcher sich nicht nur die Pflege der Geisteskranken zum Ziele setzt, sondern auch die Krankenpflege überhaupt lehren soll, wird an einigen Anstalten von dem gesammten ärztlichen Collegium, an anderen nur von dem Director und dem ersten Assistenten ertheilt. Der Cursus, welcher im September oder October beginnt und im Mai endigt, ist in allen Anstalten zweijährig und besteht aus theoretischen und practischen Unterweisungen. Das Bestehen der Schlussprüfung am Ende des 2. Jahres berechtigt zum Empfang eines Diplomes als geprüfter Irrenwärter und ist gleichfalls mit einer wesentlichen Gehaltsaufbesserung verbunden.

An den meisten Staatsanstalten sind auf M ä n n e r a b t h e i l u n g e n seit einiger Zeit w e i b l i c h e P f l e g e r beschäftigt. Vorzugsweise finden

dieselben in den Speisesälen Verwendung, am Utika State Hospital 6 Wärterinnen, im Wallard und Buffalo State Hospital in allen Speisesälen der Männerabtheilung mit Ausnahme der Tobabtheilungen. Bessere Bedienung, grössere Sauberkeit und Herbeiführung eines besseren Tones und tactvollen Benehmens in den Speisesälen werden einstimmig als Erfolge dieser Einrichtung gerühmt. Aber auch bei der Pflege auf den Abtheilungen der männlichen Siechen, Dementen und Reconvalescenten werden Frauen hier und da mit Erfolg verwendet. So ist im Utika und Buffalo State Hospital eine Wärterin auf der männlichen Reconvalescentenabtheilung beschäftigt, im Rochester State Hospital sind auf der Hälfte der Männerabtheilungen Wärterinnen, im Hudson River State Hospital sind 5 Wärterinnen auf Männerabtheilungen angestellt, eine auf der Abtheilung für Reconvalescenten und ruhige Kranke mit 110 Kranken, eine auf der Abtheilung für (120) demente und arbeitende Kranke, eine auf der Abtheilung für (120—125) Epileptiker und Halbunruhige und eine auf der Abtheilung für (30) sieche, unreinliche und verblödete Kranke. Alle diese Wärterinnen sind, wenigstens am Hudson River Hospital, verheirathet und ihre Männer sind gleichfalls Wärter (was kaum als sehr zweckmässig bezeichnet werden kann, Ref.). Nachts schlafen jene im Wärterinnenheim. Sie machen die Betten, verrichten die Hausarbeiten, besorgen die Kleider- und Wäscheräume, repariren die Kleider der Kranken, haben die Aufsicht über die Wärterstuben und werden in einzelnen Fällen zur Specialpflege von körperlich Kranken verwendet. Am weitesten ist man am St. Lawrence State Hospital in der Verwendung von Wärterinnen zur Pflege männlicher Kranken gegangen, indem im letzten Jahre eine ganze Abtheilung mit bettlägerigen körperlich Kranken und Melancholikern ganz in die Obhut von Wärterinnen gegeben ist, nur dass ein Wärter zum Baden und zu Hilfeleistungen bei schwerfälligen Kranken gerufen wird. Diese Einrichtung soll sich so bewährt haben, dass der Director dieselbe auf die Abtheilungen der Siechen, Unreinlichen und Verblödeten ausdehnen will. Die Verbesserung in der Lage der Kranken, sowie im Ordnungszustande der Abtheilungen soll seit Einführung dieser Einrichtung ganz bemerkenswerth sein. Irgend erhebliche Schwierigkeiten und Unzuträglichkeiten, die man von der Verwendung der Wärterinnen zur Pflege männlicher Kranken fürchtete, haben sich nicht herausgestellt, im Gegentheil hat ihre Anwesenheit eine wesentliche Verbesserung des Tones und der Haltung der Kranken herbeigeführt. Die Wärterinnen sind ebenfalls mit ihrem Dienste auf den Männerabtheilungen zufrieden und ziehen ihn dem Dienste auf den Frauenabtheilungen vor, was allerdings zum Theil auch auf Rechnung der viel besseren Besoldung zu schreiben ist. Uebrigens geht man, um den Wärterstand zu heben, mehr mit der Absicht um, das Wartpersonal von den niedrigen Hausarbeiten zu befreien und dieselben einem besonderen Dienstpersonal zu übertragen.

Nach allem scheint das Irrenwesen im Staate New-York (wenigstens was die Staatsanstalten betrifft) auf einer ziemlich hohen Stufe zu stehen und in vielen Beziehungen dem unsrigen überlegen zu sein. Es herrscht aber auch bei der massgebenden Behörde, der Staatscommission für das Irrenwesen, ein hoher Gemeinsinn, ein lebhaftes Verständniss und eine liebevolle Theilnahme für die Fragen und Aufgaben der Irrenfürsorge, ver-

bunden mit einem regen und durch kleine Bedenken nicht gehemmten, Wetteifer überall das Beste zu erreichen, indem man von dem richtigen und nicht stark genug zu betonenden Grundsatz ausgeht: Für die Kranken ist das Beste gerade gut genug.

Zahlreiche statistische Tabellen und ein ausführliches Sachregister schliessen den werthvollen Band.

Hoppe.

IV. Kritik.

Zur Begriffsbestimmung der Hysterie.

Von Prof. RIEGER.

Der Aufsatz von Dr. Sokolowski im Juni-Heft dieses Centralblattes veranlasst mich, in diesem Blatte auch nachstehendes Fragment zu veröffentlichen, das ich zufällig gerade in den Tagen fertiggestellt hatte, als ich jenen Aufsatz in die Hand bekam. Im April d. J. hatte mich Herr College Möbius in Leipzig zu einem Gutachten über seine Broschüre aufgefordert; und ich habe im Mai und Juni d. J. dieser Aufforderung entsprochen. Der zweite, in Nachstehendem nicht abgedruckte, Theil dieses Gutachtens beschäftigt sich mit der Frage: wie die Arbeit organisirt werden soll, von welcher im Sinne von Möbius „Nervenkranke" überhaupt, in meinem Sinne „Hysterische" Heilung zu erwarten hätten? In diesem Theile sind auch meine Erfahrungen erörtert auf dem Gebiete der, von Möbius empfohlenen, Beschäftigungs-Curen, denen der grösste Theil meiner practischen Thätigkeit gewidmet ist, und zwar im Wesentlichen nicht in der Richtung der körperlichen Beschäftigung durch Gartenarbeit und dergleichen, sondern vielmehr der geistigen durch Heranziehung, besonders auch weiblicher, Kräfte zu wissenschaftlichen Hilfsarbeiten.

Der, im Nachstehenden abgedruckte, erste Theil meines Gutachtens besitzt, auch ohne Rücksicht auf jene therapeutischen Probleme, eine grössere Selbstständigkeit in diagnostischer und classificatorischer Hinsicht; und da mir viel daran liegt, dass endlich einmal über den Begriff: „hysterisch", so weit als nöthig, Einigkeit erzielt werde, so will ich, unter diesem Gesichtspunkt, das Nachstehende der Oeffentlichkeit übergeben: Wer sich für meine Auseinandersetzungen interessirt, den bitte ich meine Bemerkungen im Jahrgang 1892 dieses Centralblattes nachzulesen, die ich dort (S. 337) geknüpft habe an die Mittheilung über eine „psychische Epidemie" von Dr. Palmer. Dort ist auch zurückverwiesen auf den wichtigen Aufsatz von Möbius im Jahrgang 1888 (S. 166 ff.) dieses Centralblattes. Wenn ich im Jahre 1892 gesagt habe: ich wolle das widerwärtige Wort „hysterisch" allmählich mittelst „Gänsefüsschen" aus der pathologischen Terminologie gewissermassen hinauscomplimentiren, so habe ich seither gefunden, dass dies leichter gesagt als gethan ist. In der Diagnostik der Geisteskrankheiten von Sommer ist allerdings das Wort Hysterie, „das, abgesehen von seiner völligen Sinnlosigkeit, schon aus Rücksicht auf die Bedürfnisse des practischen Arztes beseitigt werden muss" (S. 126)

consequent durch den Begriff: „psychogene Zustände“ ersetzt. Aber als ich das Nachstehende niederschrieb, wäre es mir doch höchst unbequem gewesen ohne den fatalen Terminus auszukommen; und nachdem in den vier Jahren seit 1892 das, von mir damals ersehnte, Wort sich doch noch nicht recht eingestellt hat, so habe ich vorläufig auch wieder die „Gänsefüsschen“ weggelassen. —

Zur Sache bemerke ich, dass ich von der Definition von Möbius ausgegangen bin, aber, diesem sowohl als jetzt Sokolowski gegenüber, viel stärker betonen muss: dass für mich eine wesentliche Eigenschaft schon die Beeinflussbarkeit ist; und dass dieses Merkmal meines Erachtens die Grenzscheide des „Hysterischen“ gegen das „Paranoische“ und „Schwachsinnige“ mangelhaft wäre. Ich werde desshalb in der practischen Anwendung viele Menschen schwachsinnig oder paranoisch heissen müssen, die Möbius und Sokolowski hysterisch heissen. Das Nachstehende soll zeigen, dass man sich durch diese Einschränkung des Begriffs „hysterisch“ schützen kann vor therapeutischen Illusionen und daraus, nothwendiger Weise, fliessenden Enttäuschungen. Dabei soll, selbstverständlicher Weise, nicht gesagt sein, dass ich mir einbilde, jede anthropogene, speciell iatrogene (und gerade in dem Punkt des Iatrogenen freue ich mich meiner Uebereinstimmung mit Sokolowski) Hysterie heilen zu können. Denn die Chancen des Erfolges in dieser Richtung hängen so sehr von socialen Umständen ab, dass es immer als ein besonderer Glücksfall betrachtet werden muss, wenn man einer „Hysterie“ überhaupt genügend habhaft werden kann, ohne dass sie im kritischen Moment dem heilenden Einfluss sich entzieht. Diejenigen, die potentia am Heilbarsten wären, sind es häufig actu am Wenigsten, sei es, dass es an Geld oder an den Angehörigen oder an irgend etwas fehlt. Und darüber kann man sich oft um so mehr ärgern, als umgekehrt manche paranoische Hypochonder einem nicht von der Stange gehen, so sehr man auch wünschen mag, statt ihrer langweiligen Unverbesserlichkeit, auch einmal wieder etwas anderes zu sehen. Diese sind oft auch in ihrem Attachement so zäh wie in ihrem Wahn, von dem schon der weise Salomo sagt (Sprüche 27, 22): „Wenn Du den Narren im Mörser zerstiessest mit dem Stämpfel wie Grütze, so liesse doch seine Narrheit nicht von ihm“.

Gutachten über die Vorschläge der Schrift:

Ueber die Behandlung von Nervenkranken und die Errichtung von Nervenheilstätten von Dr. P. J. Möbius in Leipzig.

Im Eingang der Schrift ist das Titelwort: „Nervenkranke“ dahin eingeschränkt, dass nur die Rede sein soll von den Nervenkranken im engeren Sinne, welche ärztlicher Behandlung gewöhnlicher Art desshalb nicht zugänglich sind, weil keine örtliche oder überhaupt derartige Erkrankung vorliegt, dass ihre Behandlung mittelst directer körperlicher Beeinflussung einen Sinn hätte. Solche „Nervenkranke“ können desshalb nur Gegenstand psychischer Behandlung sein. Als wichtigstes Mittel dieser Behandlung wird die Arbeit empfohlen; und da nur eine methodische und organisirte Arbeit zum Ziel führt, eine solche aber nur in einem Internat durchführbar

ist, so ergiebt sich unmittelbar die Forderung von „Nervenheilstätten“ deren Geist und Methode sich von den bisherigen Nervenanstalten etwa so zu unterscheiden hätte, wie Erziehung und Badekur. Die nervenkranke Persönlichkeit soll nicht nur passives Object therapeutischer Proceduren sein, sondern vor Allem zu gesunder Thätigkeit erzogen werden: „Der Kranke soll Ruhe und Seelenfrieden durch Arbeit finden“, diesen therapeutischen Grundsatz verkündet die Schrift. Der, in diesem Satze ausgedrückten positiven Ueberzeugung liegt die negative Erkenntniss zu Grunde: dass es nichts oder wenigstens nichts Genügendes ist mit all' dem Vielen, was bisher mit Nervenkranken vorgenommen worden ist in der Richtung der Arzneien, des Wassers, des Electrisirens, der Massage, des Hypnotisirens und dergleichen. Wenn dieses alles in manchen Fällen als direct schädlich, in manchen als völlig wertblos, in manchen wenigstens als ungenügend erkannt ist, so bleibt allerdings nur die Alternative: entweder sich auf ein rein expectatives Verhalten zu beschränken oder etwas anderes in den Vordergrund der Behandlung zu stellen. Den ersten Theil der Alternative könnte man auch in den Worten ausdrücken: dass nichts geschehen sollte; und wenn der, mit diesen Worten bezeichnete, therapeutische Nihilismus auch Manchem befremdlich erscheinen mag, so ist er doch in der That gegenüber von einem Theil der Nervenkranken völlig gerechtfertigt, wofern man darunter versteht, was man etwa durch die Worte ausdrücken könnte: mit Anstand nichts thun, d. h. aus dem klaren und richtigen Bewusstsein heraus, dass durch menschliches Eingreifen nichts zu ändern ist. Dass der Arzt sich vielen Nervenkranken gegenüber in dieser Lage befindet, dies sich klar zu machen ist jedenfalls auch sehr wichtig. Diejenigen aber, für welche etwas gethan werden muss, durch Arbeit zu heilen, — dies ist ein Vorschlag, der ebenso richtig gedacht als schwierig ausführbar ist, der aber jedenfalls grösste Beachtung verdient. —

I.

Wenn man methodische Beschäftigung als ein eigentliches Heilmittel vorschlägt, so ist natürlich, auch diesem wie jedem anderen Heilmittel gegenüber, die erste Aufgabe: richtige Indicationen dafür zu stellen. Und der Grundsatz der wissenschaftlichen Medicin: qui bene distinguit, bene medebitur muss auch hier vor allem gelten. Desshalb ist die erste Frage, die hier zu entscheiden ist, diese: welche Nervenkranke bedürfen der Arbeit? welche nicht? Unter denen, für welche die Arbeit nicht angezeigt ist, bleibt dann noch die wichtige Scheidung zu machen in solche, denen gegenüber ein rein negatives Verhalten zu beobachten ist, die am Besten ganz sich selbst überlassen bleiben; und solche, die wenigstens als Object der Pflege oder Aufsicht in Betracht kommen, wenn auch in ihren Zuständen an und für sich nichts zu ändern ist. Ehe die Gruppe derjenigen in's Auge gefasst wird, die in positivem Sinne für die Behandlung durch methodische Arbeit in Betracht kommen, ist es erforderlich, sich über diejenigen klar zu werden, die auf der negativen Seite stehen. Hier ist vor allem hervorzuheben, dass viele sogenannte „Nerven-

kranke", die in allen „Nervenheilanstalten" herumwandern, nichts „mehr und nichts weniger sind, als das, was die Psychiatrie „schwachsinnig" nennt. Dieser Zustand stellt auch in seinen leichteren Graden eine geistige Invalidität dar, die an und für sich und als solche jeder directen Beeinflussung, auch einer psychischen, unzugänglich ist. Allerdings hat sich gerade an diesen Schwachsinnigen das System der landwirthschaftlichen Beschäftigung vorzüglich bewährt. Aber Heilzwecke in dem Sinne, dass dabei Wiederherstellung eines früheren Normalzustandes anzustreben und zu erreichen wäre, kommen dabei kaum in Betracht. Im Gegentheil beruht die Brauchbarkeit solcher Leute für Arbeitszwecke zu einem grossen Theil gerade auf ihrer „Unheilbarkeit", d. h. auf dem stationären Zustand geistiger Invalidität, in dem sie verharren. Das Problem ist hiebei viel weniger das von Möbius: wie ein Kranker durch Arbeit wieder gesund gemacht werden könne? als vielmehr dieses: wie die, als unabänderlich schwach anerkannten, Geisteskräfte doch unter richtiger Leitung noch soweit verwerthet werden können, dass es einerseits den Invaliden selbst wohler ist, als wenn sie in völligem Nichtsthun dahinbrüten; und dass andrerseits durch ihre Arbeit die Kosten ihrer Verpflegung verringert werden? Man darf sagen, dass diese Aufgabe von der practischen Psychiatrie in sehr befriedigender Weise gelöst worden ist. Wenn aber Möbius auf dieses Vorbild hinweist, so darf, nach dem soeben Auseinandergesetzten, nicht verkannt werden, dass es in dem Sinne der Wiedergewinnung der Gesundheit durch Arbeit jedenfalls nur in verschwindend geringem Maasse in Betracht kommt. Hier in Würzburg besitzt z. B. das Juliusspital an unheilbaren, für diesen Zweck sorgfältig ausgelesenen „Irren-Pfründnern" äusserst werthvolle Arbeitskräfte. Aber dieser Betrieb leistet nur deshalb so Befriedigendes, weil die Leute alle principiell für Lebenszeit dazubleiben haben. Müsste man immer wieder andere Individuen nehmen und zur Arbeit einschulen, so käme nichts Brauchbares heraus. Dagegen kann der geringere Wechsel der Individuen den Werth der Arbeitsleistung Schwachsinniger, wenn sie auch an und für sich geringer ist als die normaler Menschen, doch sehr wohl im Lauf der Jahre mit letzterer vergleichbar machen. Für manche Arbeiten ist mir in der That ein Schwachsinniger, den ich in der Hand habe, lieber als ein normaler Mensch, der jederzeit „wechseln" kann. Für das Möbius'sche Problem käme nun freilich der äussere Nutzen der Arbeit direct nicht in Betracht; und woferne nur die Kranken innere Vortheile von ihrer Arbeit hätten, so könnte auf einen äusseren Nutzeffect verzichtet werden. Allein sobald man diese Gedanken weiter verfolgt, stösst man auf die Schwierigkeit, um die sich alles dreht, die den Gegenstand der Erörterungen unter II bilden wird und die sich ganz kurz in die Frage zusammenfassen lässt: Was ist heilsame Arbeit? oder etwas ausführlicher: Welche Thätigkeit kann dem, der sie ausübt, die Vortheile gewähren, die Möbius erwartet?

Vor der Erörterung dieser zweiten Frage ist aber der Kreis derjenigen Nervenkranken noch vollständiger zu umschreiben, die für die Frage nicht in positivem, sondern nur in negativem Sinne in Betracht kommen können.

An die, vorhin erledigten, Schwachsinnigen schliessen sich sofort an viele Hypochondrische. Wenn deren Klagen nicht zu absurd sind, so darf man sie auch noch als „Nervenkranke“ bezeichnen, während man ihre, etwas stärker auftragenden Gesinnungsgenossen unter den psychiatrischen Sammelbegriff: Paranoia stellen wird. Einen eingefleischten Hypochonder durch Arbeit zu curiren, — den Sisyphusstein dieses Bemühens habe ich schon oft gewälzt und wälze ihn fortwährend. Hat man den Kobold der Hypochondrie aus einem Körpertheil hinausgetrieben, so sitzt er sofort wieder in einem andern; oder, um bei der griechischen Mythologie zu bleiben: dieser Hydra wachsen die abgeschlagenen Köpfe solange wieder nach, bis, wenn es gut geht, eines Tages ohne jedes äussere Zuthun, für die Dauer oder wenigstens vorübergehend, eine Pause in diesem Wachsthum eintritt. Die Hypochondrie zeigt auch darin ihre, wesentlich paranoische, Natur: dass sie äusserst autonom, d. h. unabhängig ist von äusseren Umständen, worunter man auch die wirklichen (nicht eingebildeten) Vorgänge im eigenen Körper begreifen kann. Eine Hypochondria cum materie (im Gegensatz zu der sine materie) im Sinne der alten Aerzte ist viel mehr ein theoretisch ersonnener als ein, in Wirklichkeit vorkommender, Zustand; und das, was die Erfahrung alltäglich lehrt, ist dieses: dass es, objectiv betrachtet, nichts Gesünderes giebt als einen Hypochonder; und dass umgekehrt die, objectiv betrachtet, kranken Menschen oft ganz merkwürdig wenig Beschwerden und Klagen haben. Ganz besonders characteristisch in dieser Hinsicht ist es, wenn ein Hypochonder neben seinen eingebildeten Leiden auch ein wirkliches, etwa eine beschwerliche Harnie oder dergleichen hat, von diesem aber sagt: das sei ihm ganz gleichgiltig; aber sein zerrissenes Rückenmark u. s. f., — das sei das Schlimme. Im Grunde ist auch die leichteste Hypochondrie eine partielle Verrücktheit, wegen deren man einen allerdings nicht einsperrt und die man überhaupt am Besten durch Nichtbeachtung behandelt. Jedenfalls wird der Hypochonder durch Arbeit nicht geheilt. Lässt man ihn sich körperlich anstrengen, und hat er am Tage darauf das, durchaus normale Muskelweh; so ist ihm dies nur ein neues Zeichen dafür, dass er „ein wichtiges Organ zerrissen“ hat u. s. f. Und zu geistiger Anstrengung lässt er sich so wie so nicht commandiren, da sein Geist mit seinem Leiden ausgefüllt ist. Die echten Hypochonder sind desshalb am Meisten zu denjenigen zu zählen, denen gegenüber, sans phrase, nichts zu thun ist. Denn bei ihnen heisst es, so lange sie in ihrem Zustand sind, immer: Vernunft wird Unsinn, Wohlthat Plage. Eine vernünftige Rede prallt entweder wirkungslos ab oder wird missverstanden und liefert der Hypochondrie nur neue Nahrung; und mit der Wohlthat liebevoller Fürsorge steht es ebenso. Häufig erlebt man aber die Freude, dass der Hypochonder eines Tages, bis auf Weiteres, ganz ebenso von selbst wieder vernünftig geworden ist, wie er seiner Zeit unvernünftig geworden war. —

Wieder andere „Nervenkranke“, die in Betracht kommen könnten, sind einfach „melancholisch“. Sie bedürfen nicht der Arbeit, sondern der Ruhe, Pflege und Ueberwachung Hiefür ist schon jetzt in den verschiedensten Instituten ausgiebig gesorgt. In leichteren Fällen kann man ihre qualvollen Stunden durch Beschäftigung etwas erträglicher zu gestalten suchen. Aber wer glaubt: er könne die „melancholische“ Episode eines Lebens durch

irgend etwas im heilenden Sinne abkürzen; — der versteht meines Erachtens nichts von der „Melancholie“, deren „schwarzgalliges“ Name allerdings, wie so viele medicinische Termini (auch die Hypochondrie) im eigentlichen Wortsinn völlig sinnlos ist, aber in sachlicher Hinsicht doch etwas Wohlcharacterisirtes bezeichnet. Die leicht „Melancholischen“, die häufig unter falschen Namen, besonders dem der sofort zu erörternden Neurasthenie, sich in „Nervenanstalten“ aufhalten, müssen ausdrücklich ausgenommen werden von den Nervenkranken, welche man durch Arbeit zu heilen versuchen könnte. —

Diesen negativen Gruppen der Schwachsinnigen, Hypochondrischen und Melancholischen gegenüber (und an solche, die noch mehr in die eigentliche Psychiatrie hineinragen, wird man überhaupt nicht denken), giebt es nun allerdings „Nervenkranke“, die in positivem Sinne für das Möbius'sche Problem in Betracht kommen. Will man sie durch eine Gruppenbezeichnung characterisiren, so kann man sagen: es sind die „Hysterischen“, die durch Arbeit geheilt werden können. Manche Aerzte werden wohl auch das Wort: „neurasthenisch“ nennen. Ich kann mir aber unter diesem Wort überhaupt nichts denken; es ist für mich ohne Inhalt. Man kann dieses nichtssagende Wort völlig vermeiden, wenn man statt seiner stets die präcisen Bezeichnungen gebraucht: hysterisch oder hypochondrisch-paranoisch oder melancholisch, oder schwachsinnig. Bei jedem dieser vier Begriffe kann man sich etwas Bestimmtes denken; und der einzige Einwand ist der: dass mit diesen vier Categorien der Umfang dessen, was man Neurasthenie heisse, nicht erschöpft sei. Dies ist insoferne richtig, als es in der That Nervenkranke giebt, die unter keinen der genannten vier Rubriken unterzubringen sind und somit vorläufig einer Etikette ermangeln. Es ist aber viel besser, diesen Rest jeweils specieller zu bezeichnen, als ihn mit ganz andersartigen Zuständen in dem characterlosen Mischbegriff: Neurasthenie verschwimmen zu lassen. Berücksichtigt man für diesen Rest diejenigen, wohlcharacterisirten Zustände, die als Grübelsucht, folie du doute, Zwangsgedanken, Platzangst etc. bezeichnet werden; so wird man den ganzen Inhalt dessen, was Neurasthenie heisst, ziemlich erschöpft haben. Denn es giebt zwar noch viele Nervenkranke, die man in Ermangelung eines Besseren „neurasthenisch“ heisst; so Leute mit Migräne, mit periodischem Kopfweh u. s. f. Deren Hineinschachtelung nähme aber dem Begriff vollends jede Bestimmtheit. —

Damit ist dann aber auch das diagnostische Faulheitspolster: Neurasthenie völlig entbehrlich gemacht und die Gefahr verringert, dass man auf diesem Polster auch verkannte Epileptische, Paralytische und sonstiges, absolut nicht Hergehöriges niederlegt.

Von „Neurasthenischen“ soll also von jetzt ab nicht mehr die Rede sein, sondern im Wesentlichen von „Hysterischen“. Diese, im Sinne von Möbius, durch und zur Arbeit zu erziehen, ist seit Jahren in meiner Klinik mein Bestreben. Es ist mir niemals eingefallen, sie zu hypnotisiren, zu electrisiren oder zu masseiren, geschweige denn zu medicinieren oder zu castriren. Ich ziehe auch der Gymnastik, obgleich dies auch eine Art von Arbeit ist, nützlichere Arbeit vor. Und ich darf sagen, dass ich in einigen Fällen geradezu glänzende Resultate erzielt habe. Wie waren aber diese

beschaffen? Die Leiden waren im Wesentlichen Producte menschlicher, und speciell ärztlicher Einwirkung. Das parasitäre psychische Gewächs, das dadurch hineinsuggerirt worden war, konnte durch energischen Appell an die, im Grunde doch vorhandene Willensenergie allmählich wieder hinausgeschafft werden. Wo aber solche, äussere Wurzeln fehlten, da bin ich auch mit allen meinen schönen Arbeitsgelegenheiten nie weit gekommen. Auf Grund meiner Erfahrungen kann ich desshalb nur sagen: dass es vor Allem sorgfältigster Auslese hinsicht-lich der Objecte der Arbeitskur bedarf, soll diese nicht discreditirt werden. Denn ein innerlich krankes Nervensystem folgt seinen eigenen Gesetzen; eine solche Krankheit ist völlig autonom; sie kann nur durch die Zeit, d. h. streng genommen durch nichts, geheilt werden. Nur dann, wenn die Zeit erfüllt ist, geht das, vorübergehend aus dem normalen Gehen gerathene, Uhrwerk wieder seinen früheren Gang. —

Allerdings muss auch für das, was durch menschliches, speciell ärztliches, Verfahren und Gerede in den Menschen hineingekommen ist, ein für allemal anerkannt werden, dass eine gewisse „hysterische" Empfänglichkeit für solche Einflüsse von Haus aus bestehen muss, ohne welche diese Einflüsse keinen empfänglichen Boden, ja in der Regel gar keine Veranlassung finden könnten, sich überhaupt geltend zu machen. Was dann aber in diesen empfänglichen Boden auf psychogenem, anthropogenem oder speciell iatrogenem Wege hineingepflanzt worden ist, dies lässt sich, falls es nicht schon zu lange eingewurzelt ist, auch auf dem gleichen Wege wieder ausreissen. Denn auch von den hysterischen Teufeln gilt der Spruch:

's ist ein Gesetz der Teufel und Gespenster:
Wo sie hineingeschlüpft, da müssen sie hinaus.

Und man hat dies dahin zu ergänzen: dass eben nur dann, wenn sie überhaupt von aussen hereingeschlüpft sind, daran zu denken ist, sie können auch wieder hinaus. Sind sie aber (und dies ist der Fall der paranoischen Ideen) gar nicht hineingekommen, sondern von Anfang an darin gewesen, so können sie zwar vielleicht, ihrer eigenen Autonomie folgend, von selbst wieder zur Ruhe kommen; aber niemals kann dies durch äussere Einflüsse bewirkt werden.

In dem Gegensatz zwischen der Zugänglichkeit und der Unzugänglichkeit für äussere Einflüsse, den man, wenn man Lust hat, auch durch das Modeschlagwort: suggestibel bezeichnen kann, liegt der einschneidende Unterschied zwischen hysterisch und paranoisch, einer der wichtigsten in der ganzen Psychiatrie und Neuropathologie. Verwischt man diesen Gegensatz und wendet man Betrachtungen, die nur auf Hysterisches passen, auf Paranoisches an, so führt dies zu den verkehrtesten Auffassungen, für welche als Beispiel aus neuester Zeit angeführt werden kann der Aufsatz von Dr. Sigmund Freud, Privatdocent in Wien: Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen (Neurol. Centralblatt 1896, S. 434). Ich kann mir nicht denken, dass ein erfahrener Irrenarzt diesen Aufsatz lesen könnte, ohne ein wahres Entsetzen zu empfinden; und der Grund dieses Entsetzens wäre darin zu suchen, dass der Verfasser paranoisches Gefasel sexuellen Inhalts über rein zufällige Ereignisse, die, selbst wenn sie nicht bloss auf Erdichtung beruhen, doch völlig gleichgiltig sind, mit grösster Wichtigkeit behandelt. Alles Derartige kann zu nichts anderem führen als zu einer, einfach schauderhaften, „Altweiber-Psychiatrie". —

Hysterisch sind diejenigen Kranken, die, wie die Hypochonder, an und durch Einbildung krank sind, jedoch, im Gegensatz zu den paranoischen Hypochondern, in der Weise, dass ihre Einbildungen äusserer Beeinflussung principiell zugänglich (dass sie suggestibel) sind. Und desshalb sind es auch die Hysterischen, für welche von der gesunden und heilsamen Suggestion: Arbeite! am Ehesten etwas zu hoffen ist.

V. Original-Vereinsberichte.

Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 13. Juni 1896.

372) Vor der Tagesordnung demonstrirt **H. Juliusburger**-Herzberge menschliche Rückenmarkspräparate, welche nach Orth'scher Vorschrift (siehe Berliner klinische Wochenschrift Nr. 13, 1896) gehärtet worden waren. Zur Axencylinderfärbung empfiehlt sich jede der gebräuchlichen Methoden, recht brauchbare Bilder erhält man bei Anwendung von Säurefuchsin (2%, wässerig), da man mit dieser Farbe auch die Gefässe in überraschender Deutlichkeit darstellen kann. Zur Markscheidenfärbung kann man sehr gut die Osmium-Tannin-Methode nach Aroulay anwenden; um die Schnitte der Pal'schen Methode zu unterwerfen, müssen sie auf 24 Stunden in das Weigert'sche Gemisch Kal. bichrom. 5,0 + Alumen chrom. 2,0 + Aq. dest. 100,0 gelegt werden, hierauf werden die Schnitte in Wasser abgespült und sodann nach Pal weiter behandelt. — Auch die Nissl'sche Methylenblaulösung giebt sehr brauchbare Bilder und man kann die Schnitte mit Eosin vorfärben, um zugleich die Gefässe sichtbar zu machen. — Rückenmarksstückchen in Orth'scher Mischung vorgehärtet, können alsdann der Methode nach Marchi unterworfen werden. —

Der Vorzug der Orth'schen Mischung besteht darin, dass zwischen der Härtung in Alcohol und derjenigen in dieser Mischung nur eine kurze Spanne Zeit liegt, so dass man in der Lage ist, sehr bald sowohl über Zellen- (granula!) als über Faserpräparate zu verfügen. Ferner werden die Gefässe und selbst kleinsten Blutungen in ausserordentlicher Deutlichkeit zur Darstellung gebracht. Endlich — und das ist ein sehr grosser Vorzug — kann man von demselben Blocke sowohl Zellen- als Faserpräparate anfertigen. —

373) **H. Vogelgesang**-Wuhlgarten spricht zur Serumbehandlung der Epilepsie. (Autoreferat.)

An 7 männlichen Epileptikern, welche an häufig und schwer auftretenden Krämpfen leiden, hat er ein nach besonderer Methode von dem inzwischen verstorbenen Dr. med. Diettrich zu Schloss Bottingen bei Basel in der Schweiz hergestellten Organextract geprüft, welches der Verfertiger Tauricin nannte und das im Wesentlichen ein Glycerinauszug aus dem Stierhoden ist. Nachdem die Kranken ca. 2 Wochen vor Beginn der Kur kein Bromkali mehr erhalten hatten, wurde ihnen dieser Hodensaft in täglich einmaligen Subcutangaben von 2—10 ccm beigebracht, wobei bemerkens-

werthe Reizerscheinungen der Haut und des Unterhautzellgewebes im Bereich der Einstichstelle oder auch anderweitige nachtheilige Einflüsse des Liquor testicularis auf den Körper und seine Functionen nicht hervorgetreten sind. — Vortragender hat nach 3 wöchentlicher Behandlungszeit ein befriedigendes Resultat nicht erzielt. Allenfalls habe bei 3 Kranken sowohl während der Kur wie auch einige Zeit nach derselben eine Verminderung der Anfälle stattgehabt. Bei einem vierten Kranken seien die Anfälle wenigstens im Laufe der Kur kürzer und milder gewesen. Ein anderer Kranker habe sich ganz stabil verhalten. Die beiden übrigen schliesslich hätten dem Tauricin nur eine grössere Excitation zu danken gehabt.

Max Edel-Dalldorf: Ueber Versorgung verletzten und invalide gewordenen Irrenwartpersonals.

Bei dem lebhaften allgemeinen Interesse für die Wärterfrage hielt es Redner für angebracht, auf eine Reihe von Verletzungen in der städtischen Irrenanstalt zu Dalldorf aufmerksam zu machen und die Versorgung der Verletzten durch die Stadt Berlin bei dadurch bedingter Invalidität zu besprechen.

Nach kurzer Betrachtung solcher Unfälle, die unabhängig von dem Verkehr mit den Patienten in jedem Krankenhause vorkommen können, geht er zu den Fällen über, die speciell beim Irrenwartpersonal in nicht ganz unerheblicher Zahl durch Verletzungen seitens der Geisteskranken entstehen. Von solchen theilt er, abgesehen von einem Todtschlag eines Wärters und anderer minder schweren Unfällen 8 Fälle mit, in denen im Gefolge des Trauma nervöse Störungen, oft schwerer Natur eintraten, welche eine erhebliche Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit bedingten. Zuerst zwei Fälle von traumatischer Hysterie bei Wärterinnen. Die erste war von einer Patientin vor die Stirn geschlagen und danach zusammengesunken, worauf sie mehrere Monate lang krank und dienstunfähig wurde. Die zweite hatte durch einen Schlag mit einem Besen einen Bruch der Ulna am rechten Arm davongetragen. Die folgenden Fälle zeigen das Auftreten der traumatischen Hysterie auch beim männlichen Personal nach Verletzungen durch Geisteskranke. Ein Wärter erhielt von einem Patienten, dem er ein Schustermesser abnehmen wollte, beim Isoliren desselben einen Schnitt am Daumen der linken Hand. Ein anderer stürzte bei einem Krankentransport während des Ringens mit einem erregten Patienten rücklings aus dem Omnibus heraus. Bei allen vier stellte sich eine hartnäckige functionelle Lähmung des betroffenen Arms ausser allgemeinen zum Theil recht schweren nervösen Erscheinungen heraus. Gleichfalls beim Transport wurde ein anderer Wärter verletzt, indem er in einer Droschke von einem Geisteskranken, den er zurückhalten wollte, plötzlich einen Stich mit einem Taschenmesser in den Rücken erhielt. Eine Gehirnerschütterung bekam ein anderer Wärter nach Schädelverletzung durch einen Irren (Schlag mit einem Kegel auf den Kopf). In dem letzten Fall war ausser dem Trauma, das in einer schweren Kopfcontusion durch Anprall an einen Thürpfosten bei Verfolgung eines entwichenen Kranken bestand, noch langjähriger Dienst in der Irrenanstalt für die sich allmählich entwickelnden hypochondrisch-neurasthenischen Erscheinungen in Rechnung zu bringen.

Die geschilderten Fälle zeigen meist das Bild hysterischer Krankheitszustände beim Wartpersonal nach directen oder indirecten Verletzungen durch Geisteskranke, mehr oder minder mit Betheiligung der Psyche in Gestalt von hypochondrisch-neurasthenischen Symptomen. Sehr wahrscheinlich sind gleiche oder ähnliche Beobachtungen auch in anderen Irrenanstalten gemacht worden. Das Auftreten von Hysterie und anderen nervösen Erkrankungen nach Trauma ist nichts Ungewöhnliches; ihr relativ häufigeres Vorkommen beim Irrenwartpersonal wird wohl in der stärkeren psychischen Erregung bei den Verletzungen durch Irre begründet sein, welche auch in unseren Fällen hervorgetreten ist.

Von Seiten der Stadt ist vieles in anerkennenswerther Weise geschehen für diese mehr oder weniger in ihrer Erwerbsfähigkeit beschränkten Leute. Es wurde freie, selbst viele Monate fortgesetzte Behandlung sowohl in der Anstalt wie in Krankenhäusern und Specialinstituten gewährt und Erholungsurlaub bewilligt. Das Personal, welches seinen Dienst noch einigermassen ausfüllen konnte, wurde nach wie vor in der Stellung belassen, obwohl es nur zu leichteren Arbeiten verwendet werden konnte. Denjenigen, welche sich für die Anstalt nicht mehr eigneten, wurde eine anderweite Stellung in städtischen Diensten verschafft und wo auch das nicht anging, pecuniäre Unterstützung zugebilligt. Alles geschah nur aus einer moralischen, nicht aus einer gesetzlichen Verpflichtung heraus. Denn ein rechtsverbindlicher Anspruch auf Versorgung steht dem verletzten Personal nicht zu, was auf die Betreffenen deprimirend wirkt und als ein Uebelstand angesehen werden muss. Ohne Unterstützung würden sie bei Erwerbsunfähigkeit der Armenbehörde zur Last fallen.

In Betreff einer Verbesserung dieser Fürsorge erscheint es vor Allem nothwendig, dass dem im Dienst beschädigten Irrenwartpersonal ein rechtsverbindlicher Anspruch auf entsprechende Entschädigung eingeräumt wird.

Redner plaidirt für die Ausdehnung des Unfallversicherungsgesetzes auf das Irrenwartpersonal, welches ebenso wie die Angestellten der anderen in dem Gesetz einbegriffenen Betriebe nicht geringen Gefahren ausgesetzt ist. Ja, er möchte noch weiter gehen und das gesammte Krankenwartpersonal in die Unfallversicherung einbezogen wissen, wobei das Irrenwartpersonal wegen der noch hinzukommenden Gefahren durch Verletzungen seitens der Geisteskranken nur in eine höhere Gefahrenklasse gestellt werden müsste. Thatsächlich findet allerdings das Unfallversicherungsgesetz in gewissem, aber ungenügendem Grade auf Irrenanstalten Anwendung. Nach einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 18. IX. 92 unterliegen alle Betriebe mit Dampfkesseln der Versicherungspflicht. Solche Betriebe gehören der Nahrungsmittelindustrie-Berufsgenossenschaft zu. Während die Personen aus der Dampf-Waschanstalt, -Küche und Centralheizung dabei mit ihrem Gesammtlohne in die dem Genossenschaftsverbande jährlich einzureichenden Listen aufzunehmen sind, ist jedes Mitglied des Wartpersonals nur mit demjenigen Bruchtheil seines Gehalts nachzuweisen, welcher der Zeitdauer seiner Thätigkeit im Badebetriebe entspricht. Diese ist aber doch nur eine geringe im Verhältniss zur Gesammtbeschäftigung des Irrenwartpersonals, und es kann daher eine solche Versicherung, welche durchaus noch nicht überall in Anwendung ist, nur untergeordneten Werth

beanspruchen, zumal etwaige Gefahren am wenigsten beim Baden der Kranken eintreten. Von viel grösseren Bedeutung sind anderweitige Anfälle und besonders Verletzungen durch Geisteskranke. Es wäre daher zweckmässiger, das Irrenwartpersonal in seiner gesammten Thätigkeit gegen Unfälle zu versichern, wobei ohne Zweifel eine höhere Gefahrenklasse in Anrechnung gebracht werden müsste, als es jetzt geschieht.

Wenn die Fälle sich auch auch auf eine Reihe von Jahren erstrecken und im Verhältniss zur grossen Masse des Pflegepersonals nur eine beschränkte Zahl bilden, vermögen sie doch deutlich die Gefahren des Irrenwartpersonals zu zeigen und werden bei der wachsenden Zahl der Geisteskranken immerhin eine Ziffer ausmachen, die man nicht wird unberücksichtigt lassen können. Vielmehr wird es in der Billigkeit liegen, für die Beschädigten ausreichend zu sorgen, was durch die Ausdehnung des Unfallversicherungsgesetzes bewirkt würde.

Vortragender geht noch kurz auf die Möglichkeit ein, die Schwierigkeit der Durchführung zu überwinden; eine Ermässigung der Kosten seitens der Anstaltsverwaltungen wäre dadurch denkbar, dass vielleicht aus dem ganzen Staat die Anstalten zur Bildung der Unfallberufsgenossenschaft zusammenträten. Die nähere Art der Ausführung müsse indessen weiteren Erwägungen in massgebenden Kreisen anheimgegeben werden.

Ausführlicher wird Redner über das Thema im Archiv für Unfallheilkunde, 2. Heft, berichten. Dort wird er auch die Versorgung des durch nervöse Abspannung und körperliche Erkrankungen bei langjährigem Dienst invalide gewordenen Personals, sowie vorgekommene psychische Erkrankungen und Selbstmorde desselben behandeln, wobei meist psychische Anomalien constatirt wurden.

Zum Schlusse führt er folgende Sätze aus:

1. Da Betriebsunfälle beim Irrenwartpersonal mit mehr oder minder erheblicher Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit, insbesondere bei langwierigen Erkrankungen des Nervensystems nach Verletzungen durch Irre nicht gar zu selten vorkommen, so erscheint der Vorschlag gerechtfertigt, das Unfallversicherungsgesetz auf das Irrenwartpersonal auszudehnen, und zwar in Bezug auf seine gesammte Thätigkeit.
2. Dem Irrenwartpersonal müsste von vornherein ein rechtsverbindlicher Anspruch auf eine Versorgung nach bestimmter, nicht zu lange zu bemessender Dienstzeit zustehen.
3. In Bezug auf eine Regelung dieser Fürsorge wäre eine Anwartschaft auf anderweitige Beschäftigungen empfehlenswerth, so lange noch die Fähigkeit besteht, diese auszufüllen.
4. Erst bei Erwerbsunfähigkeit auch für andere Stellungen käme dann die Zusicherung einer Pension in Betracht.
5. Vor der definitiven Annahme des Irrenwartpersonals ist es zweckmässig und wohl auch vielfach üblich, neben körperlicher Tüchtigkeit und genügender Bildungsstufe auch auf das Fehlen hereditärer Belastung oder anderer Momente zu achten, welche geeignet erscheinen, die Widerstandsfähigkeit des Nervensystems herabzusetzen und dadurch ein frühes Verbrauchtsein oder gar psychische Anomalien herbeizuführen.

Max Edel.

VI. Zur Tagesgeschichte.

Anlässlich der 68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Frankfurt a. M. soll eine

Neurologisch-psychiatrische Ausstellung

solcher Apparate, Präparate, Pläne u. s. w. veranstaltet werden, welche dem Studium und Unterricht in der Neurologie und Psychiatrie, sowie der Pflege und Behandlung Nerven- und Geisteskranker dienen. Dieselbe wird umfassen:

1. Modelle von Gehirn und Rückenmark; Abbildungen.
2. Conservirungsmethoden von Menschen- und Thiergehirnen.
3. Instrumentarien zu gehirnanatomischen Untersuchungen: Microscope, Microtome, Glasutensilien, Färbemittel. (Nur Neues erwünscht.)
4. Normale Gehirn- und Rückenmarkspräparate; Originalpräparate zur Darstellung der einzelnen Färbemethoden.
5. Pathologisch-anatomische Präparate von Gehirn und Rückenmark.
6. Zeichenapparate, Photographien; Reproductionsmethoden.
7. Instrumentarium für die klinische Untersuchung Nerven- und Geisteskranker.
8. Nachbildungen von Degenerationszeichen, sowie von pathologischen Präparaten; Abgüsse u. s. w.
9. Electrische Apparate und Einrichtungen. (Nur Neues erwünscht.)
10. Psychophysische Apparate.
11. Instrumentarium für die Pflege und Behandlung Nerven- und Geisteskranker. (Nur Neues erwünscht.)
12. Pläne und Modelle neuer Anstalten; Pläne und Modelle von Isolirzellen; Fensteranlagen und Fensterverschlüsse in Irrenanstalten; Betten, unzerreissbare Stoffe, Kleider und Schuhe; Wachuhren u. dergl.

Anmeldungen sind baldmöglichst an Herrn Dr. med. Ernst Asch, 38 Bockenheimer Anlage in Frankfurt a. M. zu richten.

Aus Congressen. Bei der Begrüssung des am 3. August zu München versammelten internationalen psychologischen Congresses hat der bayerische Cultusminister die Hoffnung ausgesprochen, der Congress würde nicht Theorien, welche durch Leugnung der Verantwortlichkeit grosse Gefahren mit sich brächten, proclamiren. Der Minister hat sich in dieser Hoffnung getäuscht, wie Prof. Liszt's ausgezeichneter Vortrag über die Zurechnungsfähigkeit auf diesem Congresse zeigte. Unter Berufung auf den bayerischen Minister hat Rudolf Virchow die „Irrlehren" der Lombroso'schen Criminal-Anthropologie auf der Anthropologen-Versammlung in Speyer am 7. August beklagt und als die „Carricatur der Wissenschaft" bezeichnet.

Welch' rührendes Schauspiel, zu sehen, wie der ehemalige Fortschrittsmann den von den bayerischen Clericalen aufgerichteten Scheiterhaufen anzündet.

Inhalt des Juli-August-Hefts.

I. Originalien.

II. Bibliographie.

III. Referate.

A. Nervenheilkunde.

I. Pathologische Anatomie.

II. Specielle Pathologie.

a) Gehirn:

brain tumor, with remarks on the difficulty of diagnosis.

b) Diagnostik u. Untersuchungsmethoden.

Nr. 283) Sommer: Das Kniephänomen bei Aequilibrirung des Unterschenkels.
Nr. 284) Hirschberg: Sur un phénomène plantaire chez les tabétiques.
Nr. 285) Sarbò: Analgesie des Ulnarisstammes (Biernacki) und des Peroneusstammes als Tabessymptome.
Nr. 286) Swolfs: A propos d'un cas d'hystérie infantile avec méningite tuberculeuse postgrippale.
Nr. 287) Jacqueau: Un cas de grande hystérie avec phénomènes pseudo-méningitique.
Nr. 288) Spehl u. Sano: La résistance électrique du corps humain.
Nr. 289) Bernstein: Eine neue Strom-Electrode, zugleich Schliessungs- und Unterbrechungselectrode.
Nr. 291) Bernhardt: Ueber die sogen. Verschiebung der motorischen Punkte als ein neues Symptom der Entartungsreaction. (W. Salomonson.)

c) Rückenmark und Bulbus.

Nr. 291) Lapinsky: Ueber 2 Fälle von „spastischer Spinalparalyse".
Nr. 292) Schaffer: Sur l'origine de l'amyotrophie tabétique.
Nr. 293) Mott: A case of amyotrophic lateral sclerosis with degeneration of the motor path from the cortex to the periphery.
Nr. 294) Collins: A contribution to the pathology and morbid anatomy of amyotrophic lateral sclerosis, with a report of two cases with autopsy, in one of which, observed by Dr. C. L. Dana, a terminal tubercular cervical myelitis and perforating necrosis of the dorsal cord was found.
Nr. 295) Müller u. Meder: Ein Beitrag zur Kenntniss der Syringomyelie.
Nr. 296) Prus: Die Morvan'sche Krankheit, ihr Verhältniss zur Syringomyelie und Lepra.
Nr. 297) Mingazzini: Osservazioni cliniche ed anatomiche sull'emiatrofia della lingua.
Nr. 298) Grawitz: Ein Fall von Poliomyelitis anterior subacuta (mit Zwerchfelllähmung) bei einer Erwachsenen.
Nr. 299) Nonne: Ueber Poliomyelitis anterior chronica als Ursache einer chronisch - progressiven atrophischen Lähmung bei Diabetes mellitus.
Nr. 300) Pikeles: Zur Kenntniss des „bulbären Symptomencomplexes".
Nr. 301) Karplus: Zur Kenntniss der periodischen Oculomotoriuslähmung.
Nr. 302) Collins: A case of tabes, associated with posthemiplegic athetosis and unilateral reflex iridoplegia.
Nr. 303) Schultze: Beiträge zur Myopathologie: Ein Fall von „Dermatomyositis chronica" mit Ausgang in Muskelatrophie bei einem dreijährigen Knaben.

d) Peripherische Organe.

Nr. 304, 305, 306, 307, 308, 309) Bruns: Casuistische Mittheilungen.
Nr. 310) Ossann: Ein Fall von doppelseitiger Erb'scher Lähmung bei einem Kohlenträger.
Nr. 311) Escat: Un cas de méralgie paraesthénique de Roth.
Nr. 312) Bernhardt: Sur les paraesthésies localisées dans le domaine du nerf fémorocutane externe.
Nr. 313) Bernhardt: Ueber eine wenig bekannte Form der Beschäftigungsneuralgie.
Nr. 314) Putnam: Two cases of writer's cramp.
Nr. 315) Sänger: Zur pathologischen Anatomie der Trigeminusneuralgie.
Nr. 316) Neumann: Entstehung der sogenannten rheumatischen Facialislähmung.
Nr. 317) Möbius: Ueber verschiedene Formen von Neuritis.
Nr. 318) Hlawaczek: Ein Fall von Myotonia congenita, combinirt mit Paramyotonie.

3. Therapie.

Nr, 319) Baumann: Ueber das normale Vorkommen von Jod im Thierkörper.
Nr. 320) Gottstein: Versuche zur Heilung der Tetanie mittelst Implantation von Schilddrüse und Darreichung von Schilddrüsenextract, nebst Bemerkungen über Blutbefunde bei Tetanie.
Nr. 32) Tatz: Etude clinique sur l'action thérapeutique du bromure de potassium associé à l'adonis vernalis et à la codéine (formule de Bechterew) dans le traitement de l'épilepsie.
Nr. 322) Rockwell: The preventive treatment of seasickness.
Nr. 323) Wade: Successfull use of gold in two cases of nervous disease.
Nr. 324) Dornblüth: Zur Behandlung gewisser spastischer Neurosen (Bron-

chialasthma, Schreibkrampf, tic convulsif, u. s. w.)

Nr. 325) Friedländer: Beiträge zur Anwendung der physikalischen Heilmethoden.

Nr. 326) Frenkel: Die Behandlung der Ataxie der oberen Extremitäten.

Nr. 327) Vorotynsky: Sur l'importance de la distension de la colonne vertébrale en position horizontales dans les myélites par compression.

Nr. 329) Massy: Etude clinique et thérapeutique sur l'électrisation électrostatique ou franklinisation.

Nr. 329) Krönlein: Zur Trigeminus-Chirurgie.

Nr. 330) Clevenger: Conservative Gehirnchirurgie.

Nr. 331) Allen Starr: A contribution to brain surgery, with special reference to brain surgery.

Nr. 332) Tilmann: Zur Behandlung der Meningocele.

B. Psychiatrie.

1. Pathologische Anatomie und allgemeine Pathologie,

Nr. 333) Ellefsen: Et Tilfælde af Hjernekontusion med sekundär, akut Amentia og Död.

Nr. 334) Heiberg: Das Verhältniss zwischen den Todesfällen an Paresis generalis im St. Hans-Hospital und den Syphilisfällen in Kopenhagen.

Nr, 335) Sullard: The diagnosis of pachymeningitis interna hæmorrhagica.

Nr. 336) Starlinger: Ein Fall von miliarer Embolie des Gehirns mit Degeneration des Markes bei einer Geisteskranken.

Nr. 337) Dana: Deformity and paralysy of the uvula as a stigma of degeneration.

Nr. 338) Wanjura: Ueber die Verwerthung der hereditären Belastung bei gerichtsärztlicher Beurtheilung des Geisteszustandes von Verbrechern und Simulanten.

Nr. 339) Delbrück: U ber verminderte Zurechnungsfähigkeit bei moralischem Irresein.

Nr. 340) Spratling: A brief study of the physiological epochs which predispose to insanity, with observations on the management of each.

Nr 341) Näcke: Der Alcohol als ätiologisches Moment bei chronischen Psychosen.

Nr. 442) Hirschl: Die Aetiologie de progressiven Paralyse.

Nr. 343) v. Krafft-Ebing: Zur Aetiologie der conträren Sexualempfindung.

Nr. 344) Reynolds: Mental symptome occuring in bodily diseases.

Nr. 345) Ziehen: Ueber Messungen der Associationsgeschwindigkeit bei Geisteskranken, namentlich bei circulärem Irresein.

Nr, 346) Massaut: Recherches expérimentelles sur le degré de toxicité de l'urine des aliénés.

2. Specielle Psychopathologie.

Nr. 347) Thomsen: Ueber paralytische Frühsymptome, welche dem Ausbruch der Paralyse bis zu 10 Jahren vorausgehen.

Nr. 348) Boedeker u. Falkenberg: Kurze Mittheilung zu dem Ulnarissymptom bei Paralyse.

Ns. 349) Klewe: Ueber alcoholische Pseudoparalyse.

Nr. 350) Sandberg: Zur Psychopathologie der chronischen Paranoia.

Nr. 351) Gerlach: Querulantenwahn, Paranoia und Geistesschwäche.

Nr. 352) Hertz: Wahnsinn, Verrücktheit, Paranoia.

Nr. 353) Brassert: Ueber secundäre Paranoia.

Nr. 354) Maude: Mental changes in Graves' disease.

Nr. 355) v. Krafft-Ebing: Unzucht wider die Natur. Psychische Hermaphrodisie. Fragliche Anfälle krankhafter Bewusstlosigkeit epileptoider Art tempore delicti.

Nr. 356) Bourneville, Lombard et Pilliet: Idiotie complète symptomatique, microcéphalie congénitale, arrêt de developpement des circonvolutions, double craniectomie.

Nr. 357) Bourneville et Tissier: Arrièration intellectuelle consécutive à une brûlure de la tête.

Nr. 358) Levison: Ueber das Verhältniss von Depressionszuständen zur Harnsäure.

Nr. 359) Näcke: Zur Frage der sogen. Moral Insanity.

Nr. 360) Francotte: Pseudoparalysie générale alcoolique à symptomatologie incomplète (megalomanie alcoolique).

3. Therapie u. Anstaltswesen.

Nr. 361) Rieger: Die Psychiatrie in Würzburg von 1583—1893.

Nr. 362) Mendel: Zur Reform der Irrenpflege in Preussen.

IV. Kritik.

V. Original-Vereins-Bericht.

VI. Zur Tagesgeschichte.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XIX. Jahrgang. 1896 September. Neue Folge VII. Bd.

I. Originalien.

Der Unterricht des Irrenpflegepersonals.*)

Von Dr. A. MERCKLIN,
Oberarzt an der Provinzial-Irrenanstalt Lauenburg in Pommern.

Meine Herren! Wenn die oft besprochene Wärterfrage gegenwärtig wieder besonders eifrig erörtert wird und der Verein deutscher Irrenärzte sich anschickt, für seine diesjährige Jahresversammlung Referate über das Gesammtgebiet dieser Frage vorzubereiten, erscheint es nicht unangemessen, dass unser localer Verein ein Theilgebiet dieser Frage durch Besprechung zu fördern sucht. Ja, bei der complicirten Natur der sogenannten Wärterfrage erscheint es besonders angezeigt, durch eine ausschliessliche Discussion einzelner Punkte eine Vertiefung zu bewirken und hierdurch die Angelegenheit weiter zu bringen. Ich will daher heute nur den Unterricht des Pflegepersonals zum Gegenstande eines kurzen Referats wählen und hoffe dadurch eine Specialdiscussion anzuregen.

Dass unser Pflegepersonal nur durch planmässigen, von Irrenärzten ertheilten Unterricht zum wahren Verständniss seines Berufs, zur Tüchtigkeit in den Einzelheiten desselben gebracht werden kann, ist eine so naheliegende Ueberlegung, dass die Forderung derartigen Wärterunterrichts und der Vorschlag, besondere Wärterschulen zu errichten, auch in Deutschland schon mit den Anfängen einer rationellen Irrenpflege und mit den ersten Veröffentlichungen über die Wärterfrage laut geworden sind. Nur die practische Durchführung aller dieser längst erhobenen Forderungen ist bei uns bisher eine wenig gleichmässige und vielfach unvollständige gewesen.

*) Vortrag, gehalten auf der Versammlung des nordostdeutschen psychiatrischen Vereins zu Zoppot am 13. Juli 1896.

Abgesehen von früheren sehr sachgemässen Aeusserungen von Horn, von Jacobi über unseren Gegenstand enthalten die 1845 und 1846 erschienenen Preisarbeiten von Basting und von Kirmsse bereits das, was jetzt wieder von den Bearbeitern der Wärterfrage als Wichtigstes gefordert wird. So beantwortet Kirmsse die Frage: auf welche Weise kann man ein gutes Personal zur Pflege der Irren erlangen, mit den drei Sätzen: 1. durch Errichtung von Irrenwärterschulen, 2. durch hinreichende Besoldung der Wärter, 3. durch Sorge für ihr Alter. Kirmsse fordert also schon besondere Lehrinstitute, er wünscht, dass diese „nach Art der Hebammenschulen" eingerichtet werden sollen, dass die Lernenden nach einem allgemein verständlichen Lehrbuch und practisch unterrichtet werden und dass sie nach Beendigung des Lehrcursus eine Zeit lang als Beiwärter an einer Irrenanstalt Dienst thun. Es fehlt mir heute die Zeit, um die Geschichte der Wärterunterrichtsfrage in Deutschland bis zur Gegenwart zu verfolgen, die Bemühungen von Ruer*), von Binswanger sen., von Roller u. A. können nur erwähnt werden, es ist aber Pflicht der Pietät gegen deutsche Irrenärzte, die längst im Grabe ruhen, zu betonen, dass sie in der Wärterfrage bereits das gefordert haben, was als wichtigster Theil der Reorganisation des deutschen Irrenwesens jetzt wieder energisch verlangt wird. Es wird also, wenn wir in der Wärterfrage weiter kommen, nur unser Verdient sein, das endlich practisch durchgeführt zu haben, was theoretisch längst klar erkannt wurde.

Dies hervorzuheben halte ich für um so nothwendiger, als in den neuesten Ausführungen über die Wärterfrage (mit Ausnahme eines Vortrags von Læhr) sich kein Raum für die geschichtliche Betrachtung gefunden hat. Auch Erlenmeyer, dessen lebenswahre, packende Schrift die vorzüglichste Erörterung der Wärterfrage enthält, verzichtet wohl aus practischen Gründen auf geschichtliche Notizen. Für bedauerlich halte ich es auch, dass diese so verdienstvolle Schrift uns immer wieder das Ausland als Vorbild vorhält, während z. B. die naheliegenden Wärterverhältnisse Sachsens (Wärterschulen, Erholungshäuser) keine Erwähnung finden.

Während die Frage, ob eine berufliche Schulung des Wartepersonals stattfinden soll, längst im bejahenden Sinne entschieden wurde, ist es doch noch der Ueberlegung werth, ob wir der von den älteren und von den neuesten Arbeiten vertretenen Forderung von Unterricht in besonderen Wärterschulen, von Provinzialwärterschulen, von Landeswärterschulen nachgeben und die Errichtung derselben befürworten sollen. Für unbedingte Erfordernisse halte ich derartige Schulen nicht. Bei zielbewusstem Vorgehen ist sicherlich jede einzelne Anstalt im Stande, sich ein tüchtiges Pflegepersonal heranzubilden und wird ohne einen besonderen Aufwand von Mitteln zum Ziele kommen. Es ist nur nothwendig, dass die Wichtigkeit einer geregelten Ausbildung des Personals überall erkannt und mit der Einrichtung eines nicht nur gelegentlichen Unterrichts überall begonnen wird. Es kommt darauf an, dass die hierbei gewonnenen Erfahrungen ausgetauscht werden und dass wir hierdurch befähigt werden, die Methode des Unterrichts immer mehr zu verbessern.

---

*) Vergl. Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie„ XXIV. Suppl., p. 110.

Als Herr Medicinalrath Siemens mich im Jahre 1893 mit der Aufgabe betraute, an unserer Anstalt Unterrichtskurse für das Wartepersonal abzuhalten, war ich bei der Durchsicht der einschlägigen Litteratur überrascht, wie wenig über den Umfang und die Methode dieser Kurse, die damals schon an vielen deutschen Anstalten bestanden, in die Oeffentlichkeit gelangt war. Die ausführlichsten Mittheilungen fanden sich damals in dem bekannten Leitfaden von Schäfer und dessen Begleitwort. So waren wir darauf angewiesen, uns den Plan für den Gang der Kurse in mancher Beziehung selbst zurechtzulegen und die Erfahrung hat uns zu weiteren Veränderungen des ursprünglichen Planes gebracht. In letzter Zeit ist in der Litteratur viel über den Wärterunterricht an ausserdeutschen Anstalten mitgetheilt worden. Um einen Vergleich mit den Bemühungen anderer, namentlich deutscher Anstalten in der Unterrichtsfrage zu ermöglichen, erging im Februar dieses Jahres von Lauenburg aus eine Rundfrage an zahlreiche deutsche Anstalten, ebenso wurden Fragebogen an einzelne Anstalten in Oesterreich, in der Schweiz und in Holland versandt. Bis zum 31. März erhielten wir Antwort von 65 deutschen öffentlichen Anstalten. Von diesen berichteten auf die Frage, ob zur Zeit besondere Wärterkurse bestehen,

21, dass keine Kurse bestehen,
18, dass demnächst Kurse ins Leben treten werden,
26, dass Kurse seit kürzerer oder längerer Zeit abgehalten werden.

Die Mehrzahl der befragten deutschen Anstalten hatte zur Zeit der Umfrage also noch keine regelmässigen Unterrichtskurse. Auch von den preussischen Provinzialanstalten besass damals nur die Minorität die Einrichtung des Wärterunterrichts in besonderen Stunden. In kurzer Zeit dürfte aber eine Veränderung des Bildes erwartet werden und gegenwärtig würde vermuthlich die Gruppirung der Zahlen schon eine andere sein. Immerhin aber beweisen die angeführten Zahlen, dass die Angelegenheit des Unterrichts an den einzelnen Anstalten bei uns eine im Fluss befindliche, noch durchaus nicht abgeschlossene ist. Deshalb, glaube ich, ist es wünschenswerth, dass erst weitere Mittheilungen über die Erfahrungen und Erfolge von den einzelnen Anstalten abgewartet werden, ehe wir an die Begründung der Provinzialwärterschulen gehen. Auch über die Erfolge der staatlichen Wärterschulen in Sachsen werden wir weitere, eingehende Mittheilungen abwarten müssen. Im Allgemeinen sollen sich die dortigen Einrichtungen bewährt haben. Es ist aber nicht zu übersehen, dass die Centralisation des Wärterunterrichts auch ihre Schattenseiten hat. Die einzelne Anstaltsdirection verliert dann die Freiheit, sich ihr Pflegepersonal selbst auszuwählen, sie begiebt sich damit eines Rechtes, das doch sehr hoch zu veranschlagen ist.

Zweifellos am wirksamsten würde die Einrichtung von Provinzialwärterschulen in der Richtung sein, dass der Wärterdienst als besonderer Lebensberuf, als besonderer Stand deutlich gekennzeichnet und hervorgehoben würde. Prüfung und Approbation nach Schluss des Unterrichts würden, wie Erlenmeyer sehr richtig hervorhebt, bald eine fruchtbringende Eifersucht zwischen approbirten und nicht approbirten Wärtern hervorrufen. Wir dürfen dann hoffen, statt der vielen Gelegen-

heitswärter, die für kurze Zeit kommen und dann wieder gehen, immer mehr wirkliche Berufswärter zu erlangen.

Prüfung durch eine officielle Commission und Ausstellung von Zeugnissen durch dieselbe lässt sich aber auch dort durchführen, wo nicht besondere Schulen bestehen, sondern an allen Anstalten Unterrichtskurse abgehalten werden. Die Einrichtungen in England und Holland zeigen dies. Dort hat die Medico-psychological Association of Great Britain and Ireland ein Regulativ für die Schulung an den Anstalten und ein Handbuch zum Studium herausgegeben, durch eine sechsgliederige Commission dieser Gesellschaft findet die Prüfung statt und werden die Atteste ausgestellt, welche dann zur Erlangung höherer Stellungen oder zu einem Anspruch auf Gehaltszulage berechtigen. In ähnlicher Weise findet in Holland (vergl. van Deventer über Meerenberg) eine Prüfung der in den Anstaltskursen unterrichteten Wärter durch eine dreigliederige Commission der niederländischen Gesellschaft für Psychiatrie statt und es werden Diplome vertheilt. Aehnliche Verhältnisse scheinen in Frankreich zu bestehen.

In Bezug auf den an sich beachtenswerthen Vorschlag, jetzt mit der Errichtung von Provinzialwärterschulen vorzugehen, möchte ich also nochmals hervorheben, dass es mir richtiger erscheint, diese Angelegenheit noch zu vertagen. Hingegen sollte eine jede einzelne Anstalt zur Wärterschule werden und die Methode des Unterrichts möglichst ausbilden. Nach allgemeiner reichlicher Sammlung von Erfahrungen könnte dann erörtert werden, ob eine Centralisation des Unterrichts wirklich von Nöthen ist.

Für den Unterricht an den einzelnen Anstalten steht als wesentliche Aufgabe voran, den eintretenden Pflegern und Pflegerinnen die nicht geringe Summe von Kenntnissen beizubringen, welche zur allgemeinen Krankenpflege und weiter zur Irrenpflege nothwendig ist. In zweiter Linie sind Maassnahmen zu berücksichtigen, welche darauf hinzielen, die allgemeine Bildung unseres meist auf einer niedrigen Bildungsstufe stehenden Personals zu erhöhen. Die frühere Praxis, dass der neu angestellte Wärter ein Exemplar der Dienst- und Hausordnung empfing, dass er diese Druckschriften unter Anleitung des Oberwartpersonals studirte und im Uebrigen gelegentlich einzelner Vorkommnisse auch ärztliche Unterweisung auf den Krankenabtheilungen erhielt, dürfte jetzt allgemein als unzureichend erkannt sein. An Stelle dieser gelegentlichen ärztlichen Belehrung tritt der systematische Unterricht in der Kranken- und Irrenpflege in besonderen Lehrstunden, der in theoretische und practische Theile zerfallende Wärtercursus. Soll dieser Cursus die Bedeutung haben, die ihm zukommt, und die Wirkung entfalten, die wir bezwecken, so ist es nothwendig, dass die älteren und erfahreneren Aerzte der Anstalt zum Unterricht herangezogen werden. So wünschenswerth es auch ist, dass die Anstaltsleiter selbst unterrichten*), so wird sich dies doch bei den gehäuften Amtsgeschäften in den Provinzialanstalten nicht überall ermöglichen lassen. Für diesen Fall ist der Brauch zu befürworten, dass der Director zu Beginn des Cursus einige einleitende

*) In 10 von 26 deutschen Anstalten unterrichtete der Director, in 16 besorgten die Abtheilungsärzte den Unterricht.

Worte spricht oder dass er gelegentlich seiner Besuche auf den Kranken-abtheilungen die Pfleger auf die Bedeutung des Unterrichts hinweist, auch durch dem augenblicklichen Stande des Unterrichts angepasste Fragen an das Wartepersonal die unterrichtenden Aerzte in ihrer Aufgabe unterstützt. Der Möglichkeiten sind hier natürlich viele und ich verweise nur auf die letzten Jahresberichte der Anstalt Meerenberg, welche interessante Beispiele dafür enthalten, wie der Unterricht zwischen den Director und seine Mitarbeiter vertheilt werden kann. Bei uns wird es sich in der Regel darum handeln, dass der zweite und dritte Arzt der Anstalt den Unterricht übernehmen. Sie besorgen auch den practischen Theil des Unterrichts, weil die übliche Dienstordnung sie am meisten mit dem Personal auf den Abtheilungen in Berührung bringt.

Eine weit wichtigere Frage ist die nach dem Umfange des Lehrstoffs und nach dem Gange des Unterrichts. Alle Anstalten, welche Wärterkurse eingerichtet haben, schicken der Belehrung in der Irrenpflege einen Unterricht in der allgemeinen Krankenwartung voraus. Es empfiehlt sich, nach einer allgemeinen Einleitung über Entwicklung der Kranken- und Irrenhäuser und des Pflegerstandes mit den elementarsten Dingen zu beginnen, mit Reinlichkeit, Ordnung und Anstand. Dann folgt eine genaue Unterweisung über die baulichen und technischen Einrichtungen der Anstalt und ihre richtige Benutzung. Im Anschluss hieran ergiebt sich schon die Belehrung über die allgemeine Hygiene des Krankenhauses von selbst, also über Lüftung, Heizung, Beleuchtung, Reinigung etc. Hierauf folgt als Uebergang zur allgemeinen Krankenpflege eine kurze Belehrung über den Bau des menschlichen Körpers und seine Functionen. Jeder Krankenpfleger hat meiner Ansicht nach ein Anrecht darauf, in kurzen Zügen vom Arzt in diesen Dingen unterrichtet zu werden. Das Interesse, mit dem das Wartepersonal gerade diesem Abschnitt folgt, ist ein ganz auffälliges. Ausserdem bin ich mit Sommer der Meinung, dass manche Rohheiten in den Anstalten vermieden werden können, wenn das Wartepersonal über den Bau des menschlichen Körpers und die am meisten schutzbedürftigen Theile genau unterrichtet ist. Es wurde deshalb bei den Demonstrationen am Skelet, an Tafeln und Präparaten besonderes Gewicht darauf gelegt, zu zeigen, wie feine, leicht verletzliche Gebilde wir überall vor uns haben. — Ferner würde auf die Einübung richtiger, topographischer Bezeichnungen Gewicht gelegt. Der Krankenpfleger soll schnell und richtig, ohne weitere Umschreibung mittheilen können, wo eine Verletzung, ein Geschwür, ein Ausschlag ihren Sitz haben. Leicht fassliche physiologische Bemerkungen bilden den Schluss der Betrachtung der einzelnen Organe. Dass Alles mit den Ereignissen des täglichen Lebens in Zusammenhang gebracht und jeder Anflug von Gelehrsamkeit vermieden werden muss, ist ja selbsverständlich.

Dann folgt die allgemeine Krankenpflege. Hier wie in dem anatomischen Theil bieten sich schon unzählige Gelegenheiten, auf die speciellen Aufgaben und Vorkommnisse bei der Irrenbeobachtung und Pflege hinzuweisen. Die Capitel: Thermometrie, Bäder, Verhütung des Decubitus, aseptische Wundpflege, Infectionskrankheiten, Verhalten bei Unglücksfällen verdienen ausführliche Behandlung. Endlich erfolgt eingehende Belehrung über die eigentliche Irrenpflege. Um nicht zu ermüden, empfiehlt es sich.

hier im Vortrage einen anderen Weg einzuschlagen, als ihn die gedruckte Dienstanweisung in ihrer paragraphirten Darstellung verfolgt. Nachdem die speciell zur Irrenbehandlung bestimmten Einrichtungen des Hauses noch einmal besprochen sind, schildern wir den Eintritt eines Kranken in die Anstalt. Alles was bei der Aufnahme und ersten Beobachtung eines Kranken beachtenswerth ist, kommt ungezwungen zur Sprache. Weiter wird die passende Unterbringung des Kranken verfolgt und nun können alle weiteren Möglichkeiten, die wichtigsten Krankheitssymptome und Krankheitstypen, die nothwendigen Maassnahmen immer in Anlehnung an concrete Beispiele und unter Vorführung selbsterlebter Ereignisse besprochen werden.

Erscheint schon so der Umfang des Lehrstoffs als ein nicht geringer, so wird er noch vergrössert durch die Nothwendigkeit, dass ein Theil des Vorgetragenen womöglich in besonders angesetzten Stunden practisch eingeübt werden muss. So die Thermometrie, das Heben und Tragen der schwachen Kranken, das Umkleiden und Umbetten, das Anlegen der einfachsten Verbände u. A.

Ausserdem sollen die Stunden des Cursus den Aerzten aber auch Gelegenheit geben, über alle Ereignisse im Anstaltsbetrieb, über Standesfragen der Wärter, über Missgriffe im Krankendienst, über Vergehen und Unterlassungen, wie sie gerade sich eben ereignet haben, zu sprechen. Die tägliche ärztliche Conferenz bietet dem Leiter der Anstalt Gelegenheit, sofort diejenigen Ereignisse zu bezeichnen, die er in der nächsten Unterrichtsstunde besonders besprochen wünscht. Es liegt auf der Hand, dass wir während der täglichen ärztlichen Visiten, wo unsere Aufmerksamkeit den Kranken gehört, zu derartigen Besprechungen mit dem Personal keine Zeit haben, dass aber andererseits jeder Vorgang gerade durch Besprechung mit den nicht direct Betheiligten für die Gesammtheit des Personals zu einem nutzbringenden gestaltet werden muss.

Dieser Theil des Cursus, der bald einen grösseren, bald einen geringeren Theil jeder einzelnen Stunde einnimmt, bringt uns schon zu der Form, in welcher der Unterricht zu leiten ist. Es ist von mancher Seite die Befürchtung ausgesprochen worden, dass in den Kursen ein zu docentenmässiger Ton herrschen könnte und das Theoretische, das leicht solchen Vorträgen anhaftet, hat einen hervorragenden Vertreter unseres Faches zu dem Ausspruche veranlasst, er könne Wärterschulen wohl billigen, warne aber davor, einen zu hohen Werth darauf zu legen. Ich möchte nach unseren Erfahrungen meinen, dass es Aufgabe der Unterrichtsweise ist, derartige Befürchtungen zu widerlegen. Nicht theoretische Vorlesung, sondern eine Schule soll der Cursus für den Wärter sein, d. h. eine Veranstaltung, in welcher der Lehrende durch Anschauungsunterricht und Beispiele möglichst dem Verständniss entgegenarbeitet und in welcher er durch Fragen und Wiederholungen sich davon vergewissert, dass das Vorgetragene auch begriffen ist. Wir haben stets das in der einen Stunde Vorgetragene in der folgenden in der Form eines Interrogatoriums wiederholt, ausserdem aber auch häufig während des Neuvorgetragenen die Zuhörer durch Fragen zum Nachdenken und Selbstlösen der vorliegenden Aufgaben anzuregen gesucht. Endlich wurden zum Schluss des Cursus

die Theilnehmer in kleinen Gruppen zu 3—4 vereinigt und nun in Form eines Repetitoriums der ganze Lehrstoff in Frage und Antwort nochmals wiederholt, auch durch die Aufstellung bestimmter Aufgaben eine Uebersicht darüber gewonnen, wie weit das Gelernte innerlich verarbeitet war.

Durch möglichst zahlreiche Demonstrationen von Bildwerken, Präparaten, Krankenpflegeartikeln wurde eine leichtere Einprägung des Lehrstoffs bei uns wie an anderen Anstalten angestrebt. Wir haben eine Sammlung von Fremdkörpern, von Gegenständen, mit welchen Kranke sich und Anderen zu schaden suchten, und ähnlichen Dingen angelegt, um die Casuistik zu beleben und dem Gedächtniss zu Hilfe zu kommen. Das Bedürfniss, den Wärtern ein besonderes Lehrbuch in die Hand zu geben, haben wir bei der angedeuteten Art des Unterrichts bisher nicht empfunden. In manchen Anstalten erhalten die Wärter ausser der Dienstanweisung den Leitfaden von Schäfer zur Durchsicht, in anderen wird im Cursus dieser Leitfaden gemeinsam gelesen, in wenigen werden die Wärter veranlasst, das im Cursus Vorgetragene für sich niederzuschreiben. Von den Vortragenden werden in vielen Anstalten der Leitfaden von Schäfer, das vorzügliche Buch von Billroth über Krankenpflege benutzt, ferner Ruprecht, v. Esmarch. Endlich möchten auch wir den präcisen Leitfaden für Krankenpflege von Hamburg-Eppendorf, das Gesundheitsbüchlein des Reichsgesundheitsamts und den Leitfaden von Salzwedel als Werke empfehlen, die auch den Pflegern in die Hände gegeben werden können, während die Vorträge von Scholz und Liebe sich dem Stande der Bildung nach bei uns mehr für das Oberpflegepersonal eignen. Das englische „Handbook for attendants for the insane“ enthält unserer Meinung nach zu viel Psychologie für das Verständniss unserer Wärter, um ganz wiedergegeben zu werden.

Gemeinsame Kurse für Wärter und Wärterinnen empfehlen sich aus naheliegenden Gründen nicht. Von 26 Anstalten mit Kursen hatten zur Zeit unserer Rundfrage nur 4 gemeinsame Kurse, davon waren in einer die ersten Stunden gemeinsam, die weiteren getrennt.

Da der Kurs nicht Vorlesung, sondern eine Art Prakticum sein soll, empfiehlt es sich auch, die Zahl der Theilnehmer nicht zu hoch werden zu lassen. 10—15 Theilnehmer dürften nach der meist vertretenen Anschauung, die wir theilen, die richtige Mittelzahl bilden.

Ob Kurse ein- bis zweimal im Jahr, noch häufiger oder noch seltener abgehalten werden sollen, wird nur nach der Beständigkeit des Personals entschieden werden können. Häufigere Kurse geben den neu eintretenden Wärtern, welche ihren Dienst stets in der Wachabtheilung beginnen sollten, bald Gelegenheit zum Unterricht und ermöglichen es, die im Repetitorium oder im Dienst als zu kenntnissarm befundenen älteren Wärter zu einem Wiederholungskurs heranzuziehen.

An den meisten Anstalten und auch bei uns wurde eine Unterrichtsstunde für die Woche angesetzt und für ausreichend gehalten. An den Wärterschulen in Sachsen kommen 17 Unterrichtsstunden auf die Woche, dort liegen in Bezug auf den Dienst die Verhältnisse anders. Beachtenswerth erscheint mir der an der Heidelberger Klinik geübte Brauch,

beim Eintritt mehrerer neuer Wärter zunächst 4—5 Unterrichtsstunden abzuhalten und dann auf eine in der Woche zurückzukommen.

Die Dauer des Cursus schwankte in den befragten deutschen Anstalten zwischen 1 und 6 Monaten. Uns scheint die höhere Zahl bei einer wöchentlichen Stunde die richtige zu sein. Auch wir konnten vor dem Ablauf von 4 Monaten die Aufgabe nicht erledigen und brauchten mit dem Repetitorium 5 Monate.

Bewährt haben sich die Kurse nach dem einstimmigen Bericht aller befragten Anstalten sehr gut. Herr Director Knecht in Ueckermünde glaubt ausser der besseren Qualität seines Personals auch die jetzt beobachtete grössere Stetigkeit des weiblichen Personals mit der Einführung methodischen Unterrichts in Zusammenhang bringen zu sollen. Wir glauben besonders ein grösseres Interesse am Dienst und ein besseres Verständniss für die Krankenbeobachtung bei vielen, natürlich nicht bei allen Theilnehmern der Kurse beobachtet zu haben.

Officielle Prüfungen finden bisher nur an den Wärterschulen in Sachsen statt. In Hochweitzschen und Hubertusburg werden die Lehrpfleger erst nach abgelegter Prüfung Hülfspfleger. Nach ca. zweijähriger practischer Thätigkeit in den einzelnen Staatsanstalten werden die Hülfspfleger einer nochmaligen Prüfung unterworfen und dann erst zu Pflegern und dadurch zu Staatsbeamten befördert.

Es ist bisher bei uns nicht üblich gewesen, den Wärtern ein schriftliches Zeugniss über die erfolgreiche Theilnahme am Cursus auszustellen. Es hängt dies wohl damit zusammen, dass wir den Uebergang unserer Wärter von einer Anstalt an die andere nicht begünstigen wollen. Indessen werden wir es den abgehenden Wärtern und Wärterinnen nicht versagen können, die Theilnahme am Wärtercursus auf dem Abgangszeugniss zu bestätigen. Wir werden aber weiter ernstlich zu erwägen haben, ob nicht auch bei uns, wie in anderen Ländern, die Abhaltung regelmässiger officieller Prüfungen für die an den einzelnen Anstalten geschulten Pfleger durch eine officielle Commission, eingesetzt vom Verein deutscher Irrenärzte, und die entsprechende Vertheilung von Diplomen zu erfolgen hätte. Ein solches Vorgehen würde nur dazu beitragen, den Eifer von Lehrenden und Lernenden zu erhöhen.

Soll der Wärterunterricht an den einzelnen Anstalten die provinziale Wärterschule ersetzen und vollkommen wirken, so wird die Anzahl der Wärter im Verhältniss zur Krankenzahl noch mehr erhöht werden müssen, Es ist ja ein entschiedener Fortschritt in dieser Beziehung zu constatiren. statt der noch von Esquirol herrührenden Verhältnisszahl 1 : 10 wird 1 : 8 und 1 : 7 allgemeiner. Aber darüber hinaus wird den Anstaltsdirectoren zugestanden werden müssen, einen Ueberschuss von Wärtern anzustellen, die zunächst nur unterrichtet werden, von den verantwortlichsten Aufgaben ferner gehalten werden und Probedienst thun. Genauere Vorschläge hierüber in Zahlen gehören nicht in den Rahmen dieses Referats, doch ist ein solcher Vorschlag die unmittelbare Folge einer ernstlichen Inangriffnahme des Wärterunterrichts.

Neben der Einrichtung fachlicher Wärterkurse werden wir aber darauf bedacht sein müssen, in jeder Weise die Erhöhung der all-

gemeinen Bildung des Wartepersonals zu begünstigen. Durch die Erfüllung beider Unterrichtsaufgaben dürfen wir hoffen, auch die moralische Qualität der Wärter zu bessern. Um dies zu erreichen, ziehen einzelne Anstalten den Anstaltsgeistlichen, andere den Lehrer zu Unterrichtsstunden für das Personal heran. In den sächsischen Wärterschulen ertheilt der Pflegehausleiter, welcher Pastor ist, Unterricht in den religiösen Grundlagen der Krankenpflege, in deutscher Sprache, Geographie, sächsischer Geschichte und im Gesang. In München hat nach den Worten des Fragebogens der Unterricht des Anstaltsgeistlichen die Aufgabe, „das Pflegepersonal in ethischer und moralischer Beziehung zu heben und es mit den Anforderungen, die speciell in dieser Richtung an einen Irrenpfleger gestellt werden, vertraut zu machen". In welcher Weise dieser Unterricht ertheilt wird, ist mir nicht bekannt In Marienthal-Münster ertheilt der Anstaltsgeistliche zweimal wöchentlich Unterricht in Geschichte und Geographie, getrennt für Wärter und Wärterinnen. In Dalldorf erhält das Personal durch den Lehrer Unterricht in den Elementarfächern: Rechnen, Rechtschreiben, Geographie und Physik — 4 Abendstunden wöchentlich. Im Rechnen wurden vorzüglich die bürgerlichen Verhältnisse in Betracht gezogen, allmonatlich fand ein Dictat statt und wurden kleine Aufsätze, Reclamationen, Bewerbungen, Meldungen von Vorgängen an Kranken und dergl. angefertigt. Als Leitfaden diente das Lehr- und Lesebuch für Fortbildungsschulen von Schürmann. In Lauenburg sind derartige Stunden noch nicht eingerichtet, aber es wird die Theilnahme der Wärter an Stunden, Vorträgen und Vorlesungen begünstigt, welche der Lehrer für die Kranken hält, ebenso werden sie zum Gesangunterricht herangezogen. Auch ist die Begründung einer kleinen Bibliothek für den (zunächst für die Wärterinnen vorhandenen) Erholungsraum in Aussicht genommen. Zweifellos ist auf diesem Gebiet noch viel Platz für mancherlei nützliche Maassnahmen.

In seinem letzten Vortrage „Zur Wärterfrage" hat Laehr angedeutet, dass er eine continuirliche Weiterentwicklung der Wärterfrage nach den bisherigen Principien bei uns für das richtige hält. Wünschenswerth sei nur ein rascheres Tempo. Hoffentlich tritt diese Beschleunigung auch bei der allgemeinen Einführung des Wärterunterrichts ein, damit die Frage der Prüfungen und der Wärterschulen auf Grundlage eigener gereifter Erfahrungen im Wärterunterricht entschieden werden kann.

Litteraturübersicht.

1. Basting: Wie können für die Irrenanstalten menschenliebende Wärter gewonnen werden? Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie, II, 1845.
2. Kirmsse: Ueber Wartung und Pflege der Irren. Ebenda III, 1846.
3. Tschallener: Ueber Wartung und Pflege der Irren. Ebenda, VI, 1849.
4. Ludw. Binswanger: Heranbildung des Wartpersonals. Ebenda, XXV, 1868.
5. Fr. Meyer: Ueber die Irrenwartung u. s. w. Ebenda XXVI, 1869.
6. Roller: Psychiatrische Zeitfragen. 1874, Abschn. Wärterdienst.
7. Hasse: Zur Wärterfrage. Allgemeine Zeitschrift XXXIII, 1877.

8. H. Laehr: Zur Wärterfrage. Ebenda XXXIV, 1878.
9. Campbell Clark: The special training of Asylum Attendants. Refer. Allg. Zeitschr. XLV, 1885.
10. Hoppe: Die Wärterfrage. Centralblatt für Nervenheilkunde 1892, p.. 529.
11. Sommer: Centralbl. f. Nervenh. 1893, p. 557.
12. — Die Wärterfrage. Ebenda 1893, p. 605.
13. Koenig: Stand des Irrenwesens in England. Allgemeine Zeitschrift, LII, 1895, p. 230.
14. Laehr: Zur Wärterfrage. Ebenda, p. 456.
15. Deventer: Verslag betreffende het Gesticht Meerenberg over het Jaar 1894 und dasselbe für 1895.
16. Erlenmeyer: Unser Irrenwesen u. s. w. Wiesbaden 1896.
17. Leppmann: Verhandlungen der Aerztekammer Berlin-Brandenburg Sitzung vom 29. IX. 95.
18. Schäfer: Ueber Irrenpflege. Allg. Zeitschr. LII, 1896. Vergl. auch dessen Leitfaden zum Unterricht etc. 1889.
19. Ludwig: Referat zur Wärterfrage. Allgemeine Zeitschrift LII. 1896, These 11 und 12.
20. Knecht: Bericht über die Anstalt Ueckermünde 1896.
21. Fr. Scholz. Ueber Reform der Irrenpflege. 1896, p. 65.
22. Moeli: Die Irrenanstalt Herzberge. Berlin 1896, p. 50.
23. Hoppe: Zur Wärterfrage. Centralbl. für Nervenheilkunde 1896, Juni.
24. Krell: Fachunterricht des Irrenwartepersonals. Irrenfreund 1896, Nr. 3/4 (darin auch Referat über Morel-Gand.
25. Hoppe: Referat über das Irrenwesen des Staates New-York. Dieses Centralblatt 1896, August.

II. Bibliographische Notizen.

LIX) **Jahresberichte:** Schwalbe's „Jahrbuch der practischen Medicin“, Jahrgang 1896, Verlag von Enke, liegt uns in einem Bande von 704 Seiten vor. Es fehlen in diesem Bande besondere Berichte über Anatomie und Physiologie; was auf diesem Gebiete practisch wichtig ist, findet sich im Rahmen der klinischen Referate. Der Abschnitt über innere Medicin umfasst 250 Seiten, davon sind den Krankheiten der Centralorgane 60 Seiten gewidmet, die aus der Feder von Seeligmüller stammen, während gleich dahinter die Psychiatrie etwas kurz, mit 23 Seiten, von Dr. Lewald in Lichtenberg behandelt ist. In beiden Berichten scheint mir eine richtige Auswahl des für den Practiker Wichtigsten getroffen zu sein, nur hätte sich Lewald den Bericht über die bemerkenswerthen Discussionen des Vorjahrs über Querulantenwahn, welche den clou der deutschen Psychiatrie bildete, etwas weniger leicht machen sollen, weil diese Frage in foro so häufig dem Practiker entgegentritt. Für die übrigen Disciplinen sind namhafte Fachmänner eingetreten, die im Wesentlichen ein Verständniss für die Bedürfnisse des Practikers und Nicht-Specialisten besitzen. — In 5 stattlichen Bänden präsentirt sich der Jahresbericht, der in Nordamerika etwa die Stelle von Virchow-Hirsch einnimmt, das Annual of the uni-

versal medical sciences, herausgegeben von C. E. Sajous; characteristisch ist für diesen Bericht die Verwendung von Reproductionen der die Originalarbeiten, über welche referirt wird, begleitenden Illustrationen und die weitgehende Arbeitstheilung. Ueber Neuropathologie referiren 6 Fachmänner auf 200 Seiten, darunter Obersteiner über Krankheiten des Rückenmarks, Sollier über periphere Affectionen und allgemeine Neurosen. Die europäische Litteratur ist sehr vollständig berücksichtigt, daneben kommen amerikanische Zeitschriften in einem Umfange zur Berücksichtigung, der für den europäischen Leser das Hauptinteresse des monumentalen Werks ausmacht; die technisch-bibliographische Seite des Unternehmens zeigt eine in Europa unerreichte Vollständigkeit und Genauigkeit; vortreffliche Register machen das Nachschlagen zu einem Vergnügen. Den Schluss des Werkes macht das Verzeichniss der 2175 Zeitschriften, aus denen es referirt.

Zeitschriften: LX) Von dem Centralblatt für Anthropologie, Ethnologie und Urgeschichte liegen die ersten 3 Hefte des Jahrganges 1896 vor; der Herausgeber, Dr. Buschan, hat eine grössere Zahl wirklich activer Mitarbeiter um sich geschaart, unter denen sich die besten Namen der durch das Blatt vertretenen Fächer finden; seine psychiatrische und psychologische Vorbildung scheint, so weit das Blatt bisher zu beurtheilen ist, zu garantiren, dass die einseitig descriptiv anatomische, etwas steril gebliebene Richtung der Anthropologie nicht absolut vorherrscht, sondern dass auch die weiteren biologischen und psychologischen Horizonte der Anthropologie in Sicht bleiben. Von den Originalien mache ich auf den Artikel von Sergi über „Den Ursprung und die Verbreitung des mittelländischen Stamms“ aufmerksam, in welchem mit Geist und Feuer die kühne Hypothese vorgetragen wird, dass die griechich-italische Rasse nicht zu den blonden „Ariern“ zu rechnen ist, sondern mit anderen Mittelmeervölkern (Lybiern, Ligurern und Iberern) einen gemeinsamen Ursprung und Ausgangspunkt im östlichen Afrika hat, und dass sie trotz wiederholter gallischer und germanischer Vorstösse noch heute die einmal am Nordstrande des Mittelmeeres besetzten Gebiete inne hat.

LXI) Die von Tanzi, Tamburini und Morselli herausgegebene Rivista di patologia nervosa e mentale begünstigt die anatomische Seite ihres Arbeitsgebiets, was sich besonders in den Originalien ausspricht; diese beschäftigen sich vorwiegend mit feiner und feinster microscopischer Anatomie. Ich nenne daraus einen Artikel von Mirto über eine Modification des Golgi'schen Sublimatverfahrens, einen anderen von G. Levi über die Physiologie der Nervenzelle, wonach die Spinalganglienzellen reicher an Granulis sind, als irgend eine andere Zelle des Organismus, und die Zahl der Granula während der Thätigkeit der Zelle wächst, in der Ruhe abnimmt. Auch einige experimentell pathologische Arbeiten liegen in der Zeitschrift vor: Vassale untersucht die Wirkung der Exstirpation der Parathyreoidea, welche im Tode der Thiere nach wenigen Tagen, schneller als nach Entfernung der Schilddrüse, bestand. — Agostini untersucht ohne bestimmt formulirbare Resultate die Vergiftung von Thieren durch den Magensaft Epileptischer. — Crustini bespricht im Juni-Heft die gesteigerte Disposition der Hirnrinde, nach Einspritzung von eitererregenden

Bacillen-Culturen oder Filtraten solcher Culturen in eitrige Entzündung zu gerathen, wenn den Versuchsthieren vorher der Halssympathicus durchschnitten ist. Auch in ihrem referirenden Theile räumt die neue Revue anatomischen Arbeiten den überwiegenden Raum ein; ich zähle in den letzten 4 Nummern 64 Referate solchen Inhalts, gegenüber 24 psychiatrischen. —

LXII) Etwa die entgegengesetzte Richtung verfolgt das gleichzeitig gegründete Journal de Neurologie et d'Hypnologie, welches die klinischen Gebiete in den Vordergrund stellt, practische und therapeutische Rücksichten stark betont, sich durch kurze und doch fesselnd geschriebene Referate auszeichnet, und neuerdings auch die occultistische Richtung des Hypnotismus, welcher anfangs eine bedauerliche Langmuth entgegengebracht wurde, fallen zu lassen scheint. Es zeichnet sich ferner durch schnelle Berichterstattung über Pariser und Brüsseler Fachvereine aus und scheint Anwartschaft darauf zu haben, die Pariser Revue neurologique, welche für Microscopiker sehr interessant ist, bald in den Kreisen der Practiker zu ersetzen. — Die augenblicklich in der europäischen Gelehrten-Republik herrschende Plethora an referirender Thätigkeit legt übrigens den Gedanken an eine wirklich internationale Organisation der litterarischen Berichterstattung immer näher. Wer in der neurologischen Berichterstattung wirklich Vollständiges sucht, wird heute schliesslich auch die referirenden Journale der Anatomen, der Psychologen, Augen- und Ohrenärzte lesen müssen; offenbar handelt es sich heute um eine durch mangelnde Organisation bedingte bedauerliche Verschwendung von Zeit und Kraft, die nur durch ein internationales Abkommen vermieden werden kann. Eine Trennung der organisirten, bibliographisch referirenden Berichterstattung von der wissenschaftlichen freien Kritik des dauernd Werthvollen wäre wohl durchführbar. —

LXIII) Revue philosophique, Bd. 21, Januar bis Juni 1896, enthält eine Reihe für psychiatrische Leser interessanter Aufsätze. Dazu gehört zunächst Fortsetzung und Schluss der in unserem letzten Berichte genannten Artikel-reihe von Soury, „Le lobe occipital et la vision mentale", worin die Hemianopsien und sehr vollständig und interessant die Hallucinationen in der ausgefallenen Hälfte des Gesichtsfeldes dargestellt werden. Die Arbeit zeichnet sich durch grosse Klarheit, Vollständigkeit der Litteratur-Uebersichten und unparteiische Discussion der verschiedenen Hypothesen aus. Ein Artikel von Egger, „Le moi des mourants", hat eine interessante Discussion in der Revue hervorgerufen, an der sich Sollier u. A. betheiligt haben. Egger behauptet, dass, wenn man den Tod unerwartet vor Augen hat, sich der Zustand des „moi vif" einstellt, d. h. eine ausserordentliche Schnelligkeit des Denkens und der Phantasiethätigkeit und in manchen Fällen eine Art Ueberblick über den ganzen Verlauf des Lebens; E. ist der Meinung, dass letzterer Zustand nur im reiferen Alter auftritt. Sollier theilt aus seiner Praxis Fälle mit, wo Morphinisten plötzlich das Gefühl des unmittelbar bevorstehenden Todes hatten. Er nimmt auf Grund dieser Fälle an, dass ein Erschöpfungszustand des Nervensystems, der durch Depression, Synkope oder selbst die Nähe des Todes bedingt war, Anästhesie und Analgesie hervorgerufen hat, die zu einem Zustande von Euphorie führen, von „non-douleur"; damit wurde das

Bewusstsein der Persönlichkeit auf die älteren Erlebnisse reducirt und so wäre es begreiflich, dass sich das Bewusstsein fast ausschliesslich auf die Vergangenheit bezöge; so erkläre sich der retrospective Zustand. Zwei weitere Mittheilungen über das gleiche Thema werden von Personen gemacht, die in der Jugend, in der Gefahr zu ertrinken, das Bewusstsein verloren haben; sie haben beide nichts von einer solchen hallucinatorischen Recapitulation der Vergangenheit erlebt. Féré kommt in „La main, la préhension et le toucher“ bei der Untersuchung der Varietäten in den Excursionsweiten der verschiedenen Gelenke an der Hand und in der Entwicklung der Papillenleisten an den Fingern zu dem Ergebniss, dass 1. die in motorischer Beziehung am meisten differenzirten Finger, Daumen und Index, eine grössere Variation der Leisten erkennen lassen; 2. bei Individuen von niederer Organisationsstufe die Anordnung der Leisten sich häufig der für Affen normalen Anordnung nähert. — In „Civilisation et neuropathie“ beschäftigt sich Féré mit der Frage, ob die Steigerung der Civilisation eine Zunahme der Psychosen und Neurosen enthält; der Artikel enthält manche gute Bemerkung, es zeigt sich aber, dass es für ernsthafte Betrachtungen dieser Art an genügenden statistischen Grundlagen fehlt. Schlussbemerkung: „Wenn es nicht leicht zu beweisen ist, dass in allen Ländern eine Zunahme der Neuropathien statthat, ist es noch schwieriger, ihre Ursache zu ermitteln. Es ist nicht festgestellt, dass die Civilisation als Ursache der Vermehrung bezeichnet werden kann auf Grund der Excesse, zu denen sie führt; eher mag sie dadurch wirken, dass sie die Schutzwehr der Rassen, die natürliche Auslese, hemmt.“ — Auf zwei weitere wichtige Arbeiten, von denen die eine (Bergson) Gedächtniss und Wiedererkennen, besonders in ihrer Bedeutung für die Theorie der sensorischen Aphasie, die andere (von Dumas) die Physiologie der Affecte behandelt, wird ausführlich zurückgekommen werden. —

LXIV) Obosrenije psichiatrii, neirologii i experimentalnoi psichologii, das von Bechterew begründete russische Centralblatt, bringt monatlich 90 Seiten, von denen etwa die Hälfte Referaten, der Rest Originalien gewidmet ist; letztere rühren zum grossen Theile von dem höchst productiven Bechterew her; sie erscheinen in der Regel auch im neurologischen Centralblatt und anderen leicht zugänglichen deutschen Zeitschriften. Tschisch steuert einen Artikel über die Erinnerung an Gehörseindrücke bei, er kommt zu dem Ergebniss, dass ein Gehörseindruck noch einige Minuten als Empfindung fortdauert, um sich dann in eine Vorstellung umzuwandeln. — Tschigajew berichtet über den günstigen Einfluss von auf den ganzen Körper des Kranken übertragenen Stimmgabelschwingungen bei Neurosen. Ostankow empfiehlt die Anwendung von Cerium oxalicum bei gastrischen Krisen der Tabetiker.

Neue Bücher. LXV) Text-Book on Nervous diseases by American Autors. Edited by Fr. A. Dercum. Philadelphia, Lea & Co., 1895, 1056 S., 341 Illustrationen. — 21 namhafte amerikanische Neurologen, haben sich zur Production dieses Werks, welches in seinem Umfange die Mitte zwischen dem Oppenheim'schen und dem Gowers'schen Lehrbuche hält, zusammengethan. Die Vielfältigkeit des Ursprungs verräth sich in manchen Widersprüchen, z. B. in der sehr verschiedenen Beurtheilung des Werthes der Electrotherapie bei Paralysis agitans (S. 294 und 1028).

Die interessantesten und originellsten Artikel sind die allgemeinen, zumal das einleitende Capitel von Weir Mitchell und das über Electrotherapie von Jacoby. Als sehr interessant nenne ich ferner die Darstellung der cerebralen Kinderlähmung von Dercum, die der Hirntumoren von Allen Starr. Im Uebrigen sind die besten Namen der nordamerikanischen Neurologie vertreten und das Werk steht durchaus auf der Höhe der Zeit; von dem Standpunkte der Forschung und des Unterrichts dort giebt es eine sehr günstige Idee; freilich sind nur die medicinischen Lehranstalten der grossen Städte des Ostens (New-York, Philadelphia, Baltimore und Boston) vertreten, keines der Collegien des Centrums und Westens, auch nicht Chicago. Die zahlreichen Illustrationen sind Originale, auch die verwendeten Schemata. Die speciellen Capitel sind zum Theil sehr kurz behandelt, offenbar zu Gunsten einer breiteren Behandlung des Allgemeinen. Ein ausführlicher Index erleichtert die Benutzung und Orientirung.

LXVI) C. Lange's Arbeit: „Periodische Depressionszustände und ihre Pathogenese auf dem Boden der harnsauren Diathese" ist in deutscher Uebersetzung bei L. Voss in Hamburg erschienen; wir verweisen auf die Besprechung von Koch im laufenden Jahrgange dieses Centralblattes, S. 144.

KXVII) Lombroso's Werk über das Weib als Verbrecherin und Prostituirte ist in vermehrter und revidirter französischer Ausgabe bei F. Alcan erschienen; soeben ist auch der dritte Band von Lombroso's Werk „L'Uomo delinquente" italienisch erschienen. — LXVIII) Roncoroni, dessen Monographie der Epilepsie kürzlich hier besprochen wurde, hat bei Bocca in Turin „Genio e pazzia in Torquato Tasso" erscheinen lassen. Das viel erörterte Thema, das neuerdings noch von Rothe und Ireland behandelt wurde, wird darin erschöpft; mir scheint es jedoch zweifelhaft, ob man Tasso als Genie bezeichnen darf. Interessante Erörterungen über das actuelle Thema der Paranoia schliessen das Buch. Ich will diesem Capitel einige Bemerkungen entnehmen: „Man kann sagen, dass bei dem désintégré und also auch beim Paranoiker alle psychischen Fähigkeiten alterirt sind. Nicht in dem Sinne, dass er nicht correct argumentiren könnte, aber bei ihm sind die Werkzeuge der psychischen Arbeit nicht correct coordinirt; ihre Functionsweise kann leicht anormal werden, ohne es nothwendiger Weise immer zu sein." — „Wir wissen, dass die höheren Centren zuerst ihre Energie und Spannkraft verlieren, wenn eine Krankheitsursache auf den Organismus einwirkt, und dass ihre Alteration an eine Abnahme ihrer hemmenden Kraft gebunden ist. Es werden dann die sehr lebhaften, sich intensiv aufdrängenden Vorstellungen die Tendenz zum Vorherrschen haben, nicht nur weil sie freien Spielraum finden, sondern auch weil auf sie die hemmende Wirkung der höheren Centren nicht mehr oder nur noch schwach einwirkt." In weiteren Ausführungen erklärt sich R. gegen die Annahme, dass die Kritik in der Paranoia geschwächt wäre. Er macht dabei u. a. die sehr richtige Bemerkung, dass, „wenn der Paranoiker glaubt, er hätte Recht und alle anderen Unrecht, das etwas sehr Gewöhnliches wäre, bei den grössten Philosophen und bei der unendlichen Majorität der Menschen."

Aus dem Alcan'schen Verlage sind der Redaction eine Anzahl werthvoller Werke zugegangen. Als die wichtigste Erscheinung aus dem grossen

psychologischen Verlage dieses Buchhändlers nenne ich Ribot's „Psychologie des sentiments“ (LXIX). Ich bin der Ueberzeugung, dass die Förderung, welche die Psychopathologie von der Psychologie zu erwarten und zu fordern hat, weniger auf dem Gebiete der Analyse der Empfindungen und Vorstellungen liegt, denn die glänzende Durchforschung des Gebietes durch die Helmholtz'sche und Wundt'sche Schule hat die psychiatrische Forschung bisher nicht gefördert, vielmehr zehrt diese noch von den Erbtheilen der älteren Associations-Psychologie, als auf dem Gebiete der Analyse der Gefühle und der Affecte zu suchen ist; die grossen Fortschritte auf diesem finden in dem Ribot'schen Buche eine originelle und höchst anziehende Darstellung und ich stehe nicht an, es für das einzige moderne psychologische Werk zu erklären, dessen Studium jedem Psychiater unentbehrlich sein wird. Wenn wir über die ältere Associations-Psychologie hinauskommen sollen, kann es nur geschehen durch Ausbildung einer Psychopathologie des Gemeingefühls und der affectiven Erscheinungen im Anschluss an die durch die Namen C. Lange, W. James und Th. Ribot bezeichnete Richtung der Untersuchung psychischer Functionscomplexe.

LXX) Von criminalpsychologischem Interesse ist Aubry's „La contagion du meurtre“, das in zweiter, sehr erweiterter Auflage vorliegt. Er bringt für seine These von der ansteckenden Wirkung der Mordthaten ein reiches Material bei, das durch die neueren anarchistischen Morde stark vermehrt ist. Ob er Recht darin hat, die Existenz von drei Erscheinungen, die er eingehend schildert: das Vorkommen von Verbrecherfamilien, die Anknüpfung dauernder Verbindungen zu verbrecherischen Zwecken in den Gefängnissen und das Auftreten verbrecherischer Pöbelhaufen — durch blosse psychische Contagion zu erklären, lasse ich dahingestellt. Dem notorisch verderblichen Einflusse öffentlicher Hinrichtungen haben alle civilisirten Länder bis auf Frankreich bereits durch Abschaffung dieser scheusslichen Schauspiele Rechnung getragen; wenn A. darüber hinaus auch noch Massregeln verlangt, um die Berichte der Presse über Verbrechen und Criminalprocesse, denen er eine besonders verderbliche Wirkung bei Uebertragung des verbrecherischen Contagiums zuschreibt, zu verhindern, so schüttet er das Kind mit dem Bade aus; die Verhütung der Verbrechen ist nicht die einzige Aufgabe der Gesellschaft; seine Vorschläge führen mittelbar zur Einführung der Censur. Sehr interessant sind die zahlreichen Beweise dafür, dass auch die Form der Vollziehung von Verbrechen durch eine gewisse Mode beherrscht wird; A. übersieht, dass hier eigentlich der Kern des Problems liegt; nicht die Substanz, sondern die Form des Verbrechens wird durch ein Vorbild bedingt

LXXI) Einen verwandten Stoff behandelt Proal's Buch „La criminalité politique“, eine Publication desselben Verlages. Indessen schweift P. nach den ersten drei Capiteln, welche die Moral gewisser Revolutionäre, den politischen Mord und die Anarchie behandeln, in merkwürdiger Weise ab und behandelt im Reste des Buchs die Verbrechen der berufsmässigen politischen Faiseure und Drahtzieher; eine grosse Rancune des als Richter amtirenden Verfassers gegen die in den Parlamenten sitzenden Advocaten tritt dabei hervor, und es giebt die Geschichte mehr als eines Skandals à la Panama; in diesen Capiteln ist

das Buch mehr eine politische Streitschrift, als eine criminal-psychologische Untersuchung.

LXXII) Von einer „Klinik der Neurosen“ liegt uns der erste Theil „Nervöse Anlage und Neurasthenie“ vor; der Collectivtitel lässt ein wichtiges Werk erwarten, indessen ist die hübsche Form des eleganten, bequem in der Tasche zu tragenden Bändchens das einzige Originelle, was ich an und in dieser Publication des an Compilationen fruchtbaren Autors, Dr. O. Dornblüth, jetzt in Rostock, habe entdecken können; oder ist die bedenkliche Copie der Flechsig'schen Epilepsiebehandlung, welche D. für die Neurasthenie empfiehlt, darauf berechnet, originell zu erscheinen?

Zwei wichtige, inhalt- und umfangreiche Arbeiten, E. Ferri's Werk über den Mord (L'Omicidio, Turin 1895, 2 Bände), und Orchansky's „Etude sur l'hérédité normale et morbide (Petersburg, bei M. Eggers) werden im Zusammenhange mit anderen Arbeiten verwandten Inhalts ausführlich besprochen werden.

LXXIII) Prof. Kowalewskij in Warschau hat in einem eleganten Hefte 37 typische Figuren und Physiognomie Irrer unter dem Titel L'Album d'aliénés“ herausgegeben. (Warschau, Warschawskaja tipografia i litografia).

Kurella.

III. Referate und Kritiken.

A. Anatomie.

375) **Ch. Busch** (Moskau): Eine Methode zur Darstellung der Körnchenzellen am in Formalin gehärteten Präparate. (Vorläufige Mittheilung.)
(Neurol. Centralblatt 1896, Nr. 11.)

Auf Anregung Rossolimo's, welcher bei 2 in Formalin gehärteten Präparaten Körnchenzellen wahrnehmen konnte, bildete B. die Methode zur Darstellung derselben näher aus.

Das Präparat wird 1—2 Tage in 5% Formalinlösung gehärtet, in Alcohol von allmählig steigender Concentration nachgehärtet und dann geschnitten. Die Schnitte kommen erst auf 2—3 Stunden in 0,5% Chromsäurelösung und nach Abspülung in Aq. destill. in wässerige Osmiumlösung 1 : 500 oder noch besser in ein Gemisch aus 2 Theilen 2% Osmiumlösung, 2 Theilen 2% Formalin, 10 Theilen 95% Alcohol, 10 Theilen Aq. destill.

In dem dunkelbraunen Präparat markiren sich dann die Fettkörnchenzellen als schwarze Flecken. Zur microscopischen Untersuchung werden die Schnitte in Hämatoxylin stark gefärbt und mit 1% Pikrinsäure ausgewaschen. B. beschreibt den nach dieser Methode erzielten Befund in zwei Fällen von Encephalitis hæmorrhagica.

Hoppe.

376) **Max Rothmann**: Ueber die Degeneration der Pyramidenbahnen nach einseitiger Exstirpation der Extremitätencentren.
(Neurol. Centralblatt 1896, Nr. 10 und 11.)

R. bespricht in ziemlich ausführlicher Weise die von den verschiedenen Forschern in der Litteratur niedergelegten Ergebnisse. Fasst man dieselben zusammen, so scheint die Thatsache, dass nach einseitiger Exstirpation der

Extremitätencentren eine schwache Degeneration der gleichseitigen Pyramidenseitenstrangbahn neben der starken der gekreuzten Pyramidenstrangbahn vorkommen kann, keinem Zweifel zu unterliegen. Nur über die Häufigkeit, die Ausdehnung und die Entstehungsart dieser Degeneration sind die Meinungen verschieden. R. hat zur Entscheidung dieser Fragen an 11 Hunden und 2 Affen experimentirt (die Methoden und die einzelnen Resultate sind im Original genau beschrieben und durch Zeichnungen illustrirt) und ist zu folgenden Schlusssätzen gekommen:

1. Es giebt eine doppelseitige Pyramidenseitenstrangdegeneration nach einseitiger Exstirpation der Extremitätencentren.
2. Dieselbe findet sich in allen frischen Fällen bis mindestens 4 Wochen nach der Operation, wenn sie auch auf der gleichen Seite oft nur angedeutet ist.
3. Die Degeneration der gleichseitigen Pyramidenseitenstrangbahn beginnt in der Pyramidenkreuzung. Die aus der gekreuzten normalen Pyramide stammenden Fasern werden in der Kreuzung durch den Druck der im ersten Stadium der Degeneration befindlichen Pyramidenfasern der anderen Seite geschädigt.
4. Im Verlaufe des 2. bis 4. Monats nach der Operation bildet sich die Degeneration der gleichseitigen Pyramidenseitenstrangbahn zurück und ist später nicht mehr zu constatiren.
5. Das Bestehenbleiben der gleichseitigen Degeneration beim Menschen auch in späteren Stadien ist zum grossen Theil auf die durch Erkrankung des Gefässsystems herabgesetzte Ernährung des Centralnervensystems zu erklären.
6. In einem Theile der frischen Fälle sind einige von der erkrankten Pyramide durch die Interolivarschicht zur Olive der anderen Seite herüberkreuzende degenerirte Fasern nachweisbar, deren Bedeutung nicht augeklärt ist.
7. Eine Kreuzung von Pyramidenfasern innerhalb des Rückenmarks von einer Pyramidenseitenstrangbahn zur anderen findet nicht statt.

Hoppe.

---

367) **Klippel:** Les neurones; les lois fondamentales de leur dégénérescences. (Arch. de neurol. 1896, I, 6.)

Die Arbeit macht den Versuch, die Gesetze abzuleiten, die sich aus der Anatomie, Physiologie und Pathologie des einzelnen isolirten Neurons und der zu einer guten Leitungsbahn untereinander verketteten verschiedenen Neurone ergeben. — Das einzelne Neuron besteht aus der Ganglienzelle, ihren Protoplasmafortsätzen und dem Achsencylinderfortsatz; der letztere, der entweder aus der Zelle selbst oder aus ihren Protoplasmafortsätzen hervorgeht, kann sehr lang (Typus Deiters-Golgi) oder nur kurz sein (Typus Golgi II); schliesslich giebt es auch (wenn auch selten) Neurone, die nur Protoplasmafortsätze oder nur Achsencylinderfortsätze haben. Die Protoplasmafortsätze sind gewöhnlich nur sehr kurz, einzelne sind aber auch ausserordentlich lang; zu den letzteren rechnet Klippel die von den Zellen der Intervertebralganglien peripher zur Haut verlaufenden und dort sich verästelnden sensiblen Fasern, während der Achsencylinderfortsatz dieser Zellen nach seiner Auffassung nur sehr kurz ist und durch die hin-

teren Wurzeln ins Rückenmark gelangt, um sich hier sehr bald in kleinste Verästelungen aufzulösen. Stets enden beide Arten Fortsätze frei, ohne mit denen benachbarter Neurone zu anastomosiren. — Als physiologisches Grundgesetz stellt K. auf, dass die nervöse Erregung sich stets von den Protoplasmafortsätzen zur Ganglienzelle und von dort zum Achsencylinderfortsatz fortpflanzt, oder mit anderen Worten, die Protoplasmafortsätze leiten nur cellulipetal, die Achsencylinderfortsätze nur cellulifugal. Die Richtigkeit dieses Gesetzes steht in engster Beziehung zu der vorhin skizzirten Auffassung der sensiblen Faser als Protoplasmafortsatz. — Da das ganze Neuron eine in sich geschlossene Einheit bildet, müssen auch Läsionen, die einen seiner Theile treffen, eine gewisse Wirkung auf die übrigen Theile ausüben; wird z. B. der Achsencylinderfortsatz quer durchschnitten, so degenerirt nicht nur der periphere Theil (Waller'sche Degeneration), sondern auch die central gelegenen Theile des Neurons erleiden mehr oder minder ausgeprägte Veränderungen (retrograde Degeneration oder Atrophie), die Degeneration der Protoplasmafortsätze unterliegt wahrscheinlich den gleichen gesetzmässigen Bedingungen wie die des Achsencylinderfortsatzes. — Nach Aufstellung dieser für das einzelne isolirte Neuron geltenden Gesetze wendet sich Verf. der Betrachtung der zu einem bestimmten System zusammengehörigen Neurone zu und zwar zunächst der motorischen Leitungsbahn. Es genügen zur Herstellung der Verbindung von Hirnrinde und Muskel zwei Neurone. Das erste Neuron (das dem Centrum zunächst gelegene Archineuron) besteht aus einer Ganglienzelle in der motorischen Region der Hirnrinde, deren Achsencylinderfortsatz auf dem bekannten Wege in die Nähe einer Vorderhornzelle des Rückenmarks gelangt und hier in Contact mit den Protoplasmafortsätzen des zweiten Neurons (des am meisten peripher gelegenen Teleneurons) tritt. Die Zelle dieses Teleneurons ist die Vorderhornzelle, sein Achsencylinderfortsatz gelangt durch die vordere Wurzel zum Muskel. In der Pathologie sind nun 3 Fälle möglich: jedes Neuron degenerirt für sich allein oder beide degeneriren gemeinsam. Die Klinik beweist, dass alle drei Möglichkeiten vorkommen: Isolirte Degeneration des Archineurons (spastische Spinalparalyse), isolirte Degeneration des Teleneurons (progressive Muskelatrophie) und combinirte Degeneration beider Neurone (amyotrophische Lateralsclerose). Eine genaue Beobachtung lehrt aber, dass nicht selten früher oder später auch bei isolirten Erkrankungen eines Neurons Veränderungen in dem zweiten Neuron vor sich gehen, die Erkrankung geht also von dem einen Neuron auf das andere über (Degeneration per transmissionem) und ist scharf zu trennen von dem vorher erörterten Fall, wo beide Neurone gleichzeitig von ein und derselben Ursache ergriffen sind. Ist das Archineuron das primär erkrankte, so findet man unter Umständen auch eine Erkrankung der Muskelnerven, d. h. des periphersten Theils des Achsencylinderfortsatzes des zweiten Neurons; ist hingegen das Teleneuron zuerst degenerirt, so findet man nicht gerade selten auch eine Degeneration der Pyramidenbahnen, die sich aufsteigend weiter entwickelt oder auch stationär bleibt; es ist also auch hier der peripherste Theil des Achsencylinderfortsatzes des zweiten Neurons ergriffen. Das allgemeine Gesetz lautet also: Die Erkrankung eines

motorischen Neurons beeinflusst auch das **zweite** Neuron; dessen Erkrankung beginnt im Bereiche der peripehrsten Verästelungen seines Achsencylinderfortsatzes, gleichgültig, ob diese in der Nähe oder weit entfernt von dem primär erkrankten Neuron sich befinden; hier ist die Läsion zuerst und am deutlichsten bemerkbar; sie kann an diesem Theil stationär bleiben oder auch mehr oder minder weit nach oben, cellulipetalwärts, fortschreiten."

Wesentlich complicirter sind die Verhältnisse der **sensiblen** Leitungsbahnen, an deren Aufbau mindestens 3, meist aber auch noch mehr Neurone betheiligt sind. Es ist im Rahmen eines kurzen Referats nicht gut möglich, alle die mannigfachen Ausführungen des Verfassers genügend präcise wiederzugeben, durch die er zu beweisen sucht, dass die isolirte Erkrankung der verschiedenen sensiblen Neurone auch in der Klinik ihren verschiedenen Ausdruck findet, und dass gerade wie bei den motorischen Neuronen auch bei den sensiblen die Erkrankung des einen Neurons in gesetzmässiger Weise das Nachbarneuron beeinflusst. Es sei hier nur noch bemerkt, dass Kl. die **typische Tabes als Erkrankung des Teleneurons** auffasst und dadurch in Gegensatz zu anderen tabesähnlichen Leiden stellt, die auf einer Degeneration anderer mehr centralwärts gelegener Neurone beziehen sollen.

Betrachtungen über die **combinirte** Degeneration von Neuronen der motorischen und der sensiblen Leitungsbahnen und über die Pathologie der, psychischen Functionen dienenden, **corticalen** Neurone bilden den Schluss der interessanten und lesenswerthen Arbeit, deren Ergebnisse freilich wohl noch in mehr als in einem Punkte der kritischen Nachprüfung bedürfen.

Falkenberg.

---

378) **Alexander Morguliés** (Prag): Zur Lehre vom Verlauf der hinteren Wurzel beim Menschen.

(Neurol. Centralblatt 1896, Nr. 8.)

Bei einem Paralytiker mit isolirter Erkrankung der 6. Dorsalwurzel (allerdings ist dies im Original unbegreiflicher Weise nicht direct angegeben, man muss es aus nebensächlichen Angaben schliessen) fand sich an Stücken, die mit der Marchi'schen Methode behandelt waren, eine aufsteigende Degeneration, die anfänglich dem Hinterhorn dicht anliegt, höher hinauf nach innen rückt und schliesslich in der Höhe der 3. Cervicalwurzel am innersten Ende des Burdach'schen Stranges zu liegen kommt. Höher hinauf konnte die Degeneration leider nicht verfolgt werden, weil die betreffenden Rückenmarkstheile zur Nachhärtung bereits in Alcohol gelegt waren. Das Ergebniss mit der Weigert'schen Methode hinsichtlich der Hinterstränge war negativ.

Hoppe.

---

379) **P. Flechsig:** Notiz die Schleife betreffend.

(Neurol. Centralblatt 1896, Nr. 10.)

F. weist auf eine demnächst von ihm erscheinende Publication „Die Leitungsbahnen der Körperfühlsphäre des menschlichen Gehirns" hin und bemerkt über die Art und Weise, wie die Schleife mit der hinteren Centralwindung in Verbindung steht, dass ein Theil der Schleife wahrscheinlich

im Thalamus endet und zwar nur im hinteren Theile des lateralen Kernes, dessen Ganglien bei Verletzung der hinteren Centralwindung degeneriren, während ein anderer Theil durch den Thalamus direct zur inneren Kapsel zieht. **Hoppe.**

B. Nervenheilkunde.

1. Allgemeine Pathologie.

380) **Wilhelm König**, Oberarzt an der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf: Ueber das Verhalten der Hirnnerven bei den cerebralen Kinderlähmungen nebst einigen Bemerkungen über die bei dem letzteren zu beobachtenden Formen von Pseudobulbärparalyse.

(Zeitschrift für klinische Medicin, Bd. XXX, 3 u. 4.)

Die Untersuchungen basiren auf einem Material von 72 Fällen mit 17 Obductionsbefunden. Parese eines Hypoglossus bei intactem Facialis war selten und fand sich nur viermal, sehr häufig dagegen sowohl Parese beider Nerven zusammen (18 mal) wie des Facialis allein (17 mal). Vom Facialis waren niemals beide Aeste zugleich betroffen und stets waren die unwillkürlichen Bewegungen mitbetheiligt; vereinzelt waren überhaupt nur diese paretisch. Der Zusammenhang zwischen Sehhügel und emotionellen Bewegungen scheint auch auf Grund der vorliegenden Untersuchungen (4 sezirte Fälle) sehr wahrscheinlich, in einem Falle mit macroscopischem Sectionsbefunde war jedoch auch die Wahrscheinlichkeit einer mimischen Parese durch reine Rindenläsion vorhanden. — Wiederholt täuschte spastische Innervation des Facialis gekreuzte Lähmung vor. — Dreimal war der motorische Quintus leicht afficirt, einmal in spastischer Form, die anatomische Untersuchung ergab in einem Fall Integrität des Kerns. Sechsmal fanden sich Störungen der Pupillenreaction; für einen Theil der Fälle, nicht aber für alle, war auch nach den Sectionsergebnissen hereditäre Lues wahrscheinlich. Die äusseren Oculomotoriusäste waren nur sehr selten (2 mal) afficirt, häufiger der Abducens (3 mal einseitig, 5 mal doppelseitig). Nicht selten ist auch Nystagmus. Auch die Opticusatrophie, die öfter doppel- als einseitig ist, ist nicht besonders selten. Eine besondere pathologische Schädelform findet sich bei ihr nicht bevorzugt, ihr Zusammenhang mit der Gehirnaffection ist noch unsicher. Schliesslich findet sich bisweilen offenbar nervöse Tachycardie zum Theil mit Symptomen des Morbus Basedowii; in einem microscopisch untersuchten Falle war das Vagusgebiet intact.

Im zweiten Theil seiner Arbeit kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: Unter den klinisch-atypischen Formen der cerebralen Diplegie giebt es einzelne Fälle mit besonders starkem Hervortreten des bulbären Symptomencomplexes (pseudobulbäre Formen der cerebralen Kinderlähmung oder nach Oppenheim: Infantile Form der cerebralen Glossopharyngolabialparalyse). Neben diesen kommen Uebergangsfälle vor, characterisirt durch das geringe Hervortreten der Schluckstörung. Hier bereitet die Beurtheilung der Sprachstörung Schwierigkeiten, da Näseln der Sprache auch die Folge noch vorhandener oder früher dagewesener adenoider Wucherungen oder der allgemeinen Schlaffheit der Muskulatur und damit auch des Gaumensegels sein kann. In anderen Fällen bietet aber dann die Sprache doch

characteristische auf die centrale Bedingtheit hinweisende Störungen (Verlangsamung, Verschwommensein der Sprache, Scandiren).

Cassirer-Berlin.

---

381) **Julius Kratter** (Graz): Der Tod durch Electricität.
(Mitth. d. Vereins der Aerzte in Steiermark 1895, 3.)

Durch einige Todesfälle veranlasst, hat Verfasser die Frage experimentell an Thieren studirt. Ergebniss: Der electrische Tod ist nichts anderes als eine Art der Erstickung durch momentanen Stillstand der Athmung. Derselbe wird herbeigeführt durch Ueberreizung und nachfolgende Lähmung des Respirationscentrums im Bulbus. Serienschnitte ergaben, dass keine mechanische Zerstörung — etwa Blutaustritte — der Vagusregion vorliegt, es muss desshalb angenommen werden, dass es sich um moleculäre Veränderungen handelt, die microscopisch nicht nachweisbar sind. Für die Praxis empfiehlt Verfasser künstliche Respiration und Venaesection in Fällen von Tod durch Electricität.

Erlenmeyer.

---

382) **M. Edel**: Ueber zwei eigenartige Krampfformen.
(Sonderabdruck aus der Berliner klinischen Wochenschrift, 1895, Nr. 45.)

I. Respiratorischer Reflexkrampf, ausgelöst durch die verschiedensten (besonders die intensiven) sensiblen Eindrücke: schnell sich folgende Inspirationen durch den Mund und Exspirationen durch die Nase, die allmählich langsamer werden, einleitend Heraufziehen und trommelförmiges Aneinanderschlagen beider Beine. Begleitet wird der Anfall von Cyanose, Sudor, Mydriasis, Kleinheit des Pulses. Das seit Jahren bestehende und zeitweise remittirende Leiden des 50jährigen, unbelasteten Mannes wird auf starke Erkältung zurückgeführt. Von sonstigen auffallenden Erscheinungen finden sich: Impotenz, steifer Gang, Schwanken beim Umdrehen, Tremor bei längerem Stehen.

II. Beschäftigungskrampf. 42jähriger Weber ohne hereditäre Belastung hat sich durch 12 Jahre lang fortgesetztes Treten der Maschine mit dem rechten Beine folgendes Leiden zugezogen:

Der rechte Ober- und Unterschenkel geräth in periodische Anspannung, der rechte Fuss führt dabei langsam Extensions- und Abductions-, die Zehen athetotische Bewegungen aus. Beim Stehen und Gehen verstärkt sich der Krampf. In Mittelstellung des Beins ist er am geringsten. Im Schlafe lässt er erheblich nach. Beträchtliche Hypertrophie der Muskulatur des rechten Beins ist vorhanden. Bromkali in grossen Dosen schien günstig einzuwirken.

Jentsch.

---

383) **Treitel**: Ueber Heterotopie der Wortlaute.
(Archiv für Psychiatrie 1895, XXVII, p. 274.)

In einem 5 Seiten langen Aufsatz entwickelt Tr. seine Vorstellungen über einige Sprachfehler: Mit dem (höchst ungeeigneten) Namen Heterotopie der Wortlaute belegt er eine Störung, welche darin besteht, das Laute an falsche Stelle gestellt, ausgelassen oder neue hinzugefügt werden, z. B. Zro statt Zorn; sie kommt beim Sprechen, Lesen oder Schreiben vor und nicht allein beim Stammeln, immer sei sie aber durch denselben Factor wie

dieses verursacht, nämlich die Unaufmerksamkeit: dies kurze Referat möge nur der Merkwürdigkeit halber Platz finden. Nach Tr. müssten also die stammelnden Kinder die unaufmerksamsten sein, müssten alle hochgradigen Störungen der Aufmerksamksit (z. B. bei Psychosen) mit Sprachstörungen und Wortlautheterotopien einhergehen, müssten endlich die im Schlaf und Traum Redenden stammeln und stolpern; denn im Schlafe ist die Aufmerksamkeit sicher auf ein minimum herabgesetzt. —

Natürlich wird das paralytische Silbenstolpern auch Heterotopie genannt und durch Mangel an Aufmerksamkeit erklärt.

E. Trömner.

384) Prof. **A. Pick:** Ueber pathologische Träumerei und ihre Beziehungen zur Hysterie.

(Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XIV, H. 3,)

Obwohl die pathologischen Charactere jener Form der Phantasiethätigkeit, welche wir als Träumerei bezeichnen, schon den älteren Aerzten bekannt waren, so fehlten doch in der neueren Litteratur exacte klinische Beobachtungen über diesen Gegenstand. Wir verdanken Pick zwei einschlägige interessante Krankengeschichten. Der erste Fall betraf ein 18jähriges Mädchen, welches im Beginne ihrer Erkrankung sich häufig Träumereien hingab. Die Träumereien nahmen derart überhand, dass sie nach und nach das Persönlichkeitsbewusstsein der Kranken beeinflussten. Sie behauptete, sie wäre die Kaiserin von Oesterreich, sie hätte den Kaiser geheirathet, oder sie wohne im Schlosse zu Schönbrunn, könne aber nicht angeben, wie es daselbst aussehe, da man ihr doch nicht glaube u. s. w. Weiter erzählte die Kranke, seit vielen Jahren hätte sie vom Kronprinzen gelesen und so häufig an ihn gedacht, dass es ihr geschienen, es wäre die Wahrheit, was sie träume. Im Verlaufe dieser Erkrankung beobachtete man, dass die Traumzustände mit hysterischen Anfällen zusammenhingen, womit die Vermuthung gerechtfertigt wurde, dass die eingangs erwähnten Träumereien in einer „latenten hysterischen Disposition“ der Kranken wurzelten. Im zweiten Falle handelte es sich um eine 26jährige hysterisch veranlagte Dienstmagd, bei welcher sich in Folge zu lebhafter Phantasie Traumzustände entwickelten, die allmählich den Character hysterischer Delirien annahmen. Sie hatte mit Vorliebe „Romane von Verliebten“ gelesen, oder wie ein Mädchen überfallen wurde, bis sie sich selbst in die Rolle hineingeträumt hatte und die abenteuerlichsten Dinge erfand. Die Traumzustände schlossen sich an exquisite hysterische Krampfanfälle, wobei der Inhalt derselben an die geträumten Erlebnisse anknüpfte. Desgleichen spann sie auch in der anfallsfreien Zeit den Inhalt ihrer Delirien weiter und fabulirte die merkwürdigsten Erlebnisse und Beobachtungen.

Behr.

385) **Bellin:** Nerven- und Geistesssörungen bei wieder ins Leben zurückgerufenen Erhängten. (Nerwnije i duschewnije rasstroistwa u ozhiwiennych powjeschennych.)

(Kowalewskij's Archiv 1896, XXVII, p. 95.)

Es kommt nicht selten vor, dass Erhängte, gleichviel, ob es sich um Selbstmordversuche oder Gehängtwerden handelt, zum Leben zurückgerufen

werden. Es liegt auf der Hand, dass etwas Derartiges von einer ganzen Reihe abnormer Erscheinungen begleitet sein muss. Hierher gehören: Bewusstseinsverlust, Convulsionen, Verlust des Gedächtnisses, kürzer oder länger andauernde Geistesstörungen bei sonst gesunden Personen, sowie Besserung oder gar vollständige Unterbrechung der Krankheit bei an Geistesstörung leidenden Individuen. Schon Morgagni, Bacon, Winslow und Foderé haben auf diese Erscheinungen hingewiesen, später sind sie von Wagner, Möbius, Seydel, Lührmann, Butakow u. A. eingehend untersucht worden.*)

Eben diese Erscheinungen sind noch dadurch besonders interessant, dass sie einerseits mit den Erscheinungen der Epilepsie, andererseits mit denen der Gehirnerschütterung etc. Aehnlichkeiten zeigen.

Bewusstseinsverlust tritt stets gleich nach dem Erhängen ein, denn auch bei solchen Individuen, die unmittelbar nach dem Erhängen abgeschnitten worden sind, war absolute Bewusstlosigkeit zu constatiren. Der Zustand der Bewusstlosigkeit ist von verschiedener Dauer: eine viertel-, eine halbe Stunde, eine oder mehrere Stunden, ja es kommen Fälle vor, in denen das Bewusstsein zweimal 24 Stunden ausblieb; in letzteren Fällen befand sich der Betreffende nach dem Erwachen in comatösem, soporösem Zustand.

Vor dem Erwachen zum Bewusstsein treten gewöhnlich Krämpfe auf, sie setzen gewöhnlich einige Zeit nach dem Abschneiden des Erhängten ein und hängen mit der veränderten Athmung zusammen. Zu Anfang pflegen die vom Strick abgeschnittenen Erhängten überhaupt gar nicht zu athmen, und es kommt vor, dass man zu künstlichen Athmungsversuchen schreiten muss, in anderen Fällen stellt sich die Athmung nach und nach von selbst wieder ein, aber anfangs noch nicht voll und gleichmässig, sondern regellos und oberflächlich. Erst allmählich werden die Athemzüge gleichmässiger und dann setzen die Krämpfe ein, die oft 1—12 Stunden und noch länger dauern, bald tonischer, bald clonischer Natur und in manchen Fällen einseitige Convulsionen sind. Mit dem Nachlassen der Krämpfe oder doch bald darauf tritt gewöhnlich das Bewusstsein wieder ein und damit tritt der Gedächtnissverlust zu Tage. Dieses Fehlen der Erinnerung dehnt sich auf die Zeit der Bewusstlosigkeit aus, sowie in vielen Fällen auch auf die ganze Zeit des Selbstmordversuchs.

Schliesslich treten bei den wieder zum Leben zurückgerufenen Erhängten sehr häufig psychopathologische Erscheinungen auf, die gewöhnlich nur vorübergehend sind und sich in heftiger Aufregung mit deutlicher Ideenverwirrung äussern. In den Fällen von König und Ferrier zeigte der Kranke bei der Rückkehr des Bewusstseins heftige Erregung, Schwatzhaftigkeit und plötzlichen heftigen Stimmungswechsel, in dem Falle von Joel einen Dämmerzustand, der an delirium tremens streifte. In dem Fall von Moreau trat ein zweitägiger heftiger Erregungszustand mit Verwirrung und Hallucinationen auf; in dem Falle von Schüle ein stupid-maniakalischer Anfall, in dem Falle von Krafft-Ebing ein Wuthausbruch, in dem Ritterschen Fall transitorische Manie mit Aphasie, in den Hoffmann und Seydel-

*) Eine interessanta Erörterung der Frage, mit Rücksicht auf Amnesie und Hysterie, giebt neuerdings Möbius (Schmidt's Jahrbüchnr, Bd. 249, S. 37) dei Besprechung über 3 Fälle von Amnesie nach Erhängen von Wollenberg.

schen Fällen ein maniakalischer Anfall. Neben all' diesen Fällen, in denen es sich um eine Geistesstörung von kurzer Dauer handelt, giebt es andere, in denen die Geistesstörung längere Zeit andauert, und zwar in der Form einer acuten Demenz. Andererseits kommt es auch vor, dass Personen, die vor dem Selbstmordversuch durch Erhängen an Geistesstörung litten, nach der Rückkehr ins Leben gebessert oder gar völlig genesen waren, so in den Fällen von Féré, Bredà, Pick, White, Wagner, Wolf und Platonow.

Verf. schildert 4 Fälle von wieder ins Leben zurückgerufenen Erhängten, die das oben geschilderte, klassische Bild zeigen. Die Bedingungen, unter denen sich das Gehirn der Erhängten befindet, sind folgende: Ungenügende Zufuhr von Sauerstoff, Anhäufung von Kohlensäure im Blut, Stockung des venösen Blutes und Anämie der Arterien. Bei dem Aufhören dieses Mangels an arteriellem Blut tritt gewöhnlich Hirnhyperämie ein, indessen nur dann, wenn man den allzuniedrigen Blutdruck verhindert, und für genügende Blutfüllung der Hirngefässe sorgt.

Die Krämpfe werden bedingt durch die Unterbrechung der Anämie und Asphyxie nach dem Gesetze: wenn die ganzen Nervenapparate einer Störung der normalen Ernährung unterliegen, so reagiren sie auf eine Wiederherstellung des normalen Ernährungszustandes durch mehr oder weniger intensive Reizbarkeit. — Was die bereits erwähnten Geistesstörungen betrifft, die bei wieder zum Leben erweckten Erhängten auftreten, so lassen sie sich durch Reizerscheinungen erklären, die nach Wiederherstellung des normalen Ernährungszustandes auftreten. Die Fälle von Besserung oder gar vollständiger Heilung einer bestehenden Geistesstörung in Folge von Erhängen lassen sich theils durch mechanische Momente, theils durch Ernährungsstörungen im Gehirn erklären, die von dem Augenblick des Erhängens an in Action treten. Möbius ist der Ansicht, dass in vielen Fällen die Erscheinungen beim Wiederbeleben Erhängter an die Hysterie erinnern. Er theilt alle dabei vorkommenden Krämpfe ein in epileptische und hysterische Krämpfe, der Unterschied zwischen ihnen liegt nicht in der Form, sondern in ihren Ursachen. Der epileptische Anfall tritt auf in Folge irgend eines groben physischen Hirnreizes, der hysterische ist der Ausdruck einer Gemüthsbewegung. Obschon nun diese Gemüthsbewegungen sich auch in bestimmten Veränderungen des Hirns zeigen, so sind die letzteren doch verschieden von den durch einen physischen Eingriff hervorgerufenen Veränderungen, und bisher noch völlig unbekannt. Nicht selten gehen dem Selbstmordversuch andere Rechtsverletzungen oder Verbrechen voraus, und in anderen Fällen geschieht das Erhängen gar nicht durch die eigene, sondern durch fremde Hand, deshalb ist das Verhalten des Gedächtnisses bei Wiederbelebten so wichtig.

Fast immer behaupten die ins Leben Zurückgerufenen, es bestände Amnesie bei ihnen, was auch thatsächlich der Fall ist. Andererseits darf man nicht vergessen, dass diese Individuen, welche soeben eine tiefgreifende Erschütterung erlebt haben, der Suggestion und Autosuggestion ausserordentlich zugänglich sind. Man muss daher ihre Aussagen mit der grössten Vorsicht aufnehmen, worauf schon der sehr lehrreiche Fall Wagner's hindeutet. Kurella.

386) **H. Brenkmann** (Untergöltsch): Ueber Erscheinungen bei Wiederbelebten nach Strangulation.

(Neurol. Centralblatt 1896. Nr. 12.)

Der 31jährige Korbmacher, welcher bis zum 2. Lebensjahre öfter an Krämpfen gelitten hatte und im Mai vorigen Jahres wegen einer acuten Psychose mit ängstlicher Erregung und Versündigungsideen in die Anstalt gebracht worden war, wurde im October auf dem Abort cyanotisch und ohne Athmung freihängend gefunden und losgebunden. Durch sofort eingeleitete künstliche Athembewegungen stellten sich bald spontane, stark rasselnde, etwas beschleunigte Athemzüge und zu gleicher Zeit Convulsionen auf beiden Seiten mit planmässigen Abwehrbewegungen ein. Er schlug um sich, riss an seiner Wäsche und warf sich so heftig umher, dass er kaum im Bett gehalten werden konnte. Nach einer reichlichen Stunde liess das Schlagen der Glieder allmählig nach, und das Bewusstsein kehrte wieder. Erst meinte er, dass die rothe Marke am Halse von einem früheren Erhängungsversuche herrühre, nach einigen Tagen machte er genaue Angaben über Motiv und Ausführung des hier beschriebenen Selbsmordversuches. Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen liessen sich nicht nachweisen. Einfluss auf den Verlauf der Psychose war nicht zu beobachten. Der Krampfanfall machte durchaus den Eindruck eines hysterischen. Hoppe.

---

2. Specielle Pathologie.

a) Peripherische Organe.

387) **v. Hösslin**, München: Ueber die Ursachen der multiplen Gehirnnervenlähmung.

(Münch. med. Wochenschr. Nr. 20, 43. Jahrg.)

v. H. giebt eine zusammenfassende, übersichtliche Darstellung, ohne, wie er selbst bemerkt, neue Gesichtspunkte hereinzutragen, Er unterscheidet zwischen cerebralen Lähmungen und solchen, welche in Folge einer Läsion der Gehirnnerven nach ihrem Austritt aus dem Gehirn entstehen (basale, resp. periphere).

Zu den Ursachen der ersten Categorie rechnet er:

Tumoren: Sitz in der Gegend der corticalen Centren, in den Leitungsbahnen und in der Gegend der Gehirnnervenkerne.

Gefässerkrankungen: Aneurysmen; Thrombose mit nachfolgender Erweichung, Embolien, Hämorrhagien.

Acute Encephalitis (meist hämorrhagisch):

a) Poliencephalitis inferior führt zu dem Bilde der acuten Bulbärparalyse.

b) Poliencephalitis superior (in der Gegend des Aquæd. Sylvii und des 3. Ventrikels, 3., 4. und 6. Gehirnnerv) verläuft als Ophthalmoplegia exterior. Die Schlafkrankheit der Neger (Nona) gehört hierher.

Chronische Encephalitis:

a) Progressive Bulbärparalyse.

b) Chronische Ophthalmoplegia exterior.

Zu den Ursachen der 2. Categorie rechnet v. H.:
Tumoren (der Dura mater, Schädelbasis und der basalen Gefässe).
Idiopathischer chron. Hydrocephalus int. (Läsion des Chiasma durch Ausstülpung der Wand des 3. Ventrikels).
Basisfracturen (Drucklähmung in Folge von Callusbildung).

Basale Lähmungen multipler Gehirnnerven kommen ferner zu Stande durch Caries der Schädelbasis, basale Gehirnabscesse, entzündliche Affectionen der Meningen, epid. Meningitis cerebrospinalis, acute infectiöse und tuberk. Basilarmeningitis. (Durch Druck des Exsudates auf die Nervenstämme oder durch Fortpflanzung der Entzündung auf die Nervenscheiden.)

Die basale multiple Gehirnnervenlähmung ist nur Symptom einer anderen Gehirnerkrankung, sie tritt auch als selbstständiges Leiden auf:

a) Syphilitische multiple Gehirnnervenlähmung,
b) Neuritische " "
 ad a) α. Pachymeningitis syphilitica,
 β. Neuritis gummosa.
 ad b) α. In Verbindung mit der Neuritis der Spinalnerven,
 β. als isolirte Affection der Gehirnnerven.

Bei der multiplen Gehirnnervenlähmung auf neuritischer Basis handelt es sich meist nur um Betheiligung weniger Gehirnnerven; v. H. beschreibt in Kürze einen Fall, bei dem ein Uebergreifen auf sehr viele Gehirnnerven stattfand.

Ueber die Entstehung des Leidens wissen wir wenig. Nach der einen Ansicht kommt es zur Ablagerung toxischer, resp. infectiöser Stoffe in den Gehirnnerven; nach einer anderen wird der Process durch eine bestehende Pia-Arachnitis eingeleitet.

Die Kenntniss der neuritischen Form ist deshalb nicht ohne practische Bedeutung, weil sie eine bessere Prognose giebt, als die auf anderen Ursachen basirende multiple Gehirnnervenlähmung. Lebensgefahr besteht nur bei Mitbetheiligung der Nervi vagi.

Therapeutisch empfiehlt sich die consequente Anwendung des galvanischen Stromes, Schwitzbäder; gegen die Schmerzen Phenacetin in Dosen von 3—4 gr pro die.

Bei der syphilitischen Form ist sofort eine energische antiluetische Behandlung einzuleiten. Blachian (Werneck).

---

383) **Gilbert Ballet:** Les polynévrites.
(Le progrès médical 1896, Nr. 18, 20, 26.)

Zur schärferen Umgrenzung der Polyneuritis trennt Verf. von ihr die Neuritiden aus localer Ursache und die névrites wallériennes. Er versteht unter den letzteren die secundären, von spinalen Affectionen abhängigen Neuritiden. Characteristisch für die Polyneuritis ist die Multiplicität der befallenen Nerven und der Umstand, dass die Affectionen derselben auf eine gemeinsame Ursache und zwar Intoxication (Alcohol, Blei etc.), Auto- oder Endointoxication (Diabetes, Gicht, Cachexie, Senium etc.) oder Infection (Diphtherie, Influenza etc.) zurückzuführen ist. An einigen Fällen demonstrirt er die Symptomatologie der Alcohol- und Bleipolyneuritis, die für den Fachmann wenig Neues bringt.

Im zweiten Theile der Arbeit bringt er zunächst eine geschichtliche Entwickelung der Lehre von der Polyneuritis und ventilirt sodann die Frage, ob die nervösen Läsionen primärer Natur oder secundärer sind. Die Anschauungen der Autoren sind bekanntlich getheilt. Die „Peripheristen“ nehmen an, dass der periphere Theil eines Neurons unabhängig von dem centralen Theile desselben erkranken könne. Die „Centralisten“ nehmen an, dass die degenerative Läsion der Nerven eine Läsion oder wenigstens eine dynamische Störung, kurz eine Mitwirkung der centralen Zelle des Neurons voraussetzt (orthodoxie wallérienne). Die microscopischen Befunde sprechen ja wesentlich für die Anschauung der Centralisten, während das Freibleiben der spinalen Wurzeln für die Peripheristen spricht. Die Besprechung der vorhandenen Litteratur und die Thatsache, dass in vielen Fällen von Polyneuritis eine Affection der spinalen Zellen vorhanden war, bringt den Verfasser zur Erörterung der Frage, ob es überhaupt eine aufsteigende Degeneration der Nervenfaser giebt, die eine secundäre Erkrankung der Nervenzellen erklärlich macht. Experimentelle Untersuchungen mit den jetzigen feineren Methoden überzeugen ihn von der Richtigkeit des von Nissl aufgestellten physiologischen Gesetzes, dass jedes Neuron, welches eine Läsion seines peripheren Theiles erfahren hat, secundär in seinem centralen Theile erkrankt. Doch wagt er nicht mit Sicherheit zu behaupten, dass die degenerativen Vorgänge in der Zelle in jedem Falle eine Folge der primären Nervenläsion sind. Vielleicht könnten die Befunde Marinesco's weiteres Licht bringen, welcher nachwies, dass nach Läsion der peripheren Faser in der Zelle zunächst eine Auflösung des Kinetoplasmas in der Umgegend des Kerns stattfindet, während bei directer Alteration der Fälle zuerst eine Atrophie in den Randbezirken derselben eintritt.

Wenn der Verfasser auch die angeregte Frage nicht entscheiden kann, so beweist er doch wenigstens soviel, dass weder die Centralisten noch die Peripheristen völlig Recht haben. Die äusserst anregend geschriebene Arbeit enthält eine Menge interessanter Details, die sich einer kurzen Wiedergabe entziehen.

Lehmann (Werneck).

---

389) **Arthur Maude:** Alcoholic peripheral neuritis in advanced age.
(Brain, Summer-Autumn 1895.)

Ein 75jähriger Herr, der 20 Jahre lang viel Bier, Sherry und 8 oder 10 Liqueurgläser Whiskey täglich in guter Gesundheit vertilgt hatte, ist endlich seinem Schicksal, der alcohol. Neuritis, nicht entgangen! sie entwickelte sich ziemlich rasch und zeigte die gewöhnlichen Symptome. Daneben bestanden ausserdem noch als vom Verfasser bemerkenswerth hervorgehoben contrahirte auf Licht und Accomodation nicht mehr reagirende Pupillen und fehlende Patellarreflexe. (Letzteres könnte auch eine Alterserscheinung sein, Ref.) Section wurde nicht erlaubt.

Wichmann.

---

390) **E. W. Goodall:** On diphtheritic paralysis.
(Brain, Summer-Autumn 1895.)

Goodall hat 1892 und 1893 in seinem Spital 1071 Fälle von Diphtherie behandelt und berichtet nun über sie. Es waren darunter 125, also 11,6 % Lähmungen. 17 Fälle mit Lähmung endeten tödtlich. Von den

125 Fällen waren 55 männlich, 70 weiblich. 96 waren unter 10 Jahre alt, 25 zwischen 10 und 20 Jahre alt. Am häufigsten werden die ersten Lähmungserscheinungen am 7. Tage nach Beginn der Diphtherie beobachtet. Der 49. Tag ist der späteste Termin des Anfangs der postdiphtherischen Lähmung. Gewöhnlich ist die Membran schon geschwunden, wenn die Lähmung einsetzt, aber nicht immer. In 83 Fällen war zuerst der Gaumen gelähmt, in 20 Fällen die Ciliarmuskeln, in 5 Gaumen und Ciliarmuskeln, in 4 Gaumen und Beine, in 3 die Beine, in 2 die Schlundmuskeln, in 2 die Athmungsmuskeln. In 28 Fällen blieb die Lähmung auf Gaumen beschränkt, in 17 auf die Ciliarmuskeln, in 11 auf Gaumen und Ciliarmuskeln. In 16 Fällen war die Lähmung allgemein verbreitet. 29 mal wurde Unregelmässigkeit des Herzrythmus notirt; gewöhnlich mit Steigerung der Pulsfrequenz. Selten — in 4 Fällen — ist Störung des Athmungsrythmus; 2 dieser Fälle endeten letal. Störungen der Sensibilität sind nicht selten und dann meist als Parästhesien vorhanden. In 122 Fällen wurde der Urin auf Eiweiss untersucht, das nur in 12 Fällen fehlte. Zum Schluss werden noch die tödtlich abgelaufenen Fälle besonders abgehandelt und speciell der Tod an Herzlähmung besprochen.

Wichmann.

---

391) **E. Bruusgaard**: Ulnaris-Neuritis bei secundärer Lues. (To Tilfælde af Ulnarnevrit ved sekundær Syfilis.)

(Norsk Magazin for Lægevidenskaben 1896, S. 870.)

Der Verfasser hat im „Rigshospital“ zwei Fälle von Neuritis ulnaris bei secundärer Syphilis wahrgenommen. Im ersten, ein Mädchen von 18 Jahren betr., welches 2 Monate vorher inficirt worden war, zeigte sich eine linksseitige Neuritis ulnaris, mit Geschwulst und Empfindlichkeit des Nerven, heftige Schmerzen. Anästhesie und leichte Parese im Gebiet des Ulnaris 4 Tage nach ihrer Aufnahme ins Hospital. Bei der anderen Kranken, einer Frau, welche ca. 1½ Jahr vorher inficirt worden war, zeigte sich im rechten Ulnarisbezirk eine leichte Anästhesie in Folge einer Neuritis, welche einige Zeit vor ihrer Aufnahme aufgetreten war. Während des Aufenthaltes im Krankenhaus wurde der linke Ulnaris von einer Neuritis mit Anästhesie und leichter Muskelparese betroffen. Beide Kranken wurden schnell mittelst der Behandlung mit Jodkalium geheilt.

Koch (Kopenhagen).

---

392) **E. Wiersma** (Gröningen): Fälle von Hemiatrophia linguæ.

(Weekblad 1895, II, Nr. 4.)

1. Bisher gesundes Mädchen erkrankt nach einer Erkältung an Schluckstörungen, die Stimme wird heiser und nasal. Status im Frühjahr 1895: Linke Zungenhälfte stark atrophirt, zeigt fibrilläre Zuckungen, Sensibilität und Geschmacksempfindungen normal; galvanische und faradische Erregbarkeit der Zungenmuskulatur und des Hypoglossus links verringert, keine Entartungsreaction. Paralyse des linken Gaumensegels und der linken Larynxhälfte.

2. 30jähriges Mädchen, ausgesprochene Erscheinungen von Syringomyelie; im Verlauf derselben ist Scoliose der Wirbelsäule entstanden. Zunge weicht nach rechts ab, ist rechts leicht atrophisch und Sitz fibrillärer

Zuckungen, besonders vorn. Keine Entartungsreaction, weicher Gaumen und Stimmband rechts paralytisch.

3. Rechtsseitige Zungenatrophie ohne fibrilläre Zuckungen, Paralyse des weichen Gaumens rechts, Abducens- und totale Facialis-Paralyse rechts, Section ergiebt ein Sarkom in der hinteren Schädelgrube, von der Dura ausgehend, das die Medulla oblongata nach aussen drängte und die Hirnnerven 6—12 rechts comprimirte.

4. Linksseitige Zungenatrophie ohne fibrilläre Zuckungen; Bewegung nach rechts und oben beeinträchtigt, Sprache frei. Electrische Erregbarkeit der Muskulatur und des Hypoglossus links vermindert; die 30jährige Patientin hat im 7. Jahre einen Abscess am Unterkiefer gehabt.

5. 29jähriger Mann mit rechtsseitiger Hemiplegia spastica infantilis; rechte Zungenhälfte atrophisch, Zunge weicht beim Herausstrecken nach rechts ab, ist sehr faltig, zeigt fibrilläre Zuckungen.

6. Rechtsseitige Zungenatrophie bei einer 36jährigen Frau. Keine Empfindungsstörungen; n. hypoglossus galvanisch und faradisch unerregbar; Entartungsreaction der Muskulatur der Zunge rechts. Beginn der Krankheit vor 2 Jahren mit Steifigkeit und Schmerzen im Nacken. Wahrscheinlich primäres Wirbelleiden.

Kurella,

---

393) **Alessandro Marina** (Triest): Ein Fall von isolirter rechtsseitiger Hypoglossuslähmung höchst wahrscheinlich neuritischen Ursprungs.
(Neurol. Centralblatt 1896, Nr. 8.)

Bei einem 51jährigen Weinhändler entwickelte sich nach einer Pharyngitis eine rechtsseitige Hypoglossuslähmung: rechte Zungenhälfte höher als die linke, beständiges fasciculäres und fibrilläres Wogen der Zunge, Abweichen der vorgestreckten Zunge nach rechts, Schwierigkeiten beim Sprechen; typische Entartungsreaction rechts, daneben leichte Gaumenlähmung rechts.

Unter electrischer Behandlung schwand die erhöhte Reizbarkeit gegen galvanische Ströme, es bildete sich aber ca. 2 Monate nach Beginn des Leidens eine mässige Contractur und später auch Atrophie der rechten Zungenhälfte aus. Die Motilität, Contractur und Atrophie besserten sich sehr langsam (fast völlige Heilung erst nach 2 Jahren), es blieb aber Entartungsreaction, veränderte electrische Erregbarkeit, leichte fibrilläre Zuckungen.

M. diagnosticirt demnach eine idiopathische Neuritis des rechten Hypoglossus, welche nach M. möglicher Weise von der Pharyngitis ausgegangen ist.

M. weist auf die Zusammenstellung von Ascoli über Hemiatrophia linguæ hin, welcher unter 79 Fällen 28 peripheren Ursprungs gefunden, bei denen in zwei eine rheumatische Ursache angegeben wurde. In den beiden Fällen von Erb und Montesano war auch eine Pharyngitis vorangegangen.

Hoppe.

---

394) **P, Marie:** Sur un cas d'atrophie de la langue dans le mal de Pott sous-occipital.

(Revue neurologique Nr. 7, 1896.)

Der Autor beobachtete im Hotel Dieu einen 35jährigen Graveur, bei welchem in Folge von suboccipitalem Malum Pottii in der Jugend eine Senkung des Kopfes gegen die Schultern mit beträchtlicher Verminderung der Länge des Halses eingetreten ist. Die Zunge des Kranken zeigt einen gewissen Grad von Atrophie und Muskelparese (leichte Deviation nach links, hügelige Oberfläche und andauernde fibrilläre Contractionen, Unfähigkeit, die Zunge gegen die Wölbung des Gaumens zu heben etc.) Vulpius hat vor Kurzem in einer Arbeit über die Hemiatrophie der Zunge beim Malum occipitale Fälle dieser Affection angeführt; in dem Falle Marie's handelt es sich um bilaterale Atrophie. L. Löwenfeld.

---

395) **Vulpius:** Halbseitige Zungenatrophie als Malum occipitale.

(Beitr. zur klin. Chirurgie, XVI.)

Zwei Fälle der genannten Affection bei Erkrankung der oberen Halswirbel; in einem Falle Section. Ergebniss: Caries des Atlas und Epistropheus. Kurella.

---

396) **Anna Gukowsky** (Odessa): Gekreuzte Hypoglossus- und Halbseitenlähmung. (Un nouveau type d'hémiplégie alterne, hypoglosse gauche et membres droits.)

(Iconographie de la Salpêtrière, VIII, Nr. 3, p. 178.)

60jähriger Mann empfindet seit einem Jahre Erschwerung der Zungenbewegung und der Sprache. Am 1. December 1893 apoplectiformer Anfall ohne Bewusstseinsverlust; 10 Tage darauf Aufnahme in die Klinik von Revilliod in Genf, wo folgendes constatirt wird: 1. Vollständige rechtsseitige Hemiplegie mit rigider Contractur, Steigerung der Reflexe beiderseits; 2. Zunge weicht stark nach links ab, ihre linke Hälfte atrophisch, faltig und in fibrillären Zuckungen, welche rechts fehlen. Keine Facialisstörungen. — Tod nach 10 Wochen unter den gewöhnlichen Erscheinungen der nervösen Cachexie.

Die Section ergiebt: An der ventralen Fläche der medulla oblongata etwa 2 mm unterhalb des Pons eine Abflachung der linken Hälfte, den oberen Theil der Pyramide betreffend, auch im Niveau der unteren Hälfte der Olive ist die linke Pyramide erheblich verschmälert. Die Wurzelfasern des linken Hypoglossus bestehen aus einigen sehr dünnen Fädchen; der Stamm des XII ist bis in seine Verzweigungen in der Zunge ganz atrophisch. In der linken Olive findet sich ein Erweichungsherd, welcher die Hypoglossusfasern völlig unterbricht; der Nervenkern ist intact. Im Rückenmark ausgesprochene absteigende Degeneration der rechtsseitigen Pyramidenbahn. Kurella.

---

397) **R. Cassirer** u. **A. Schiff:** Beiträge zur Pathologie der chronischen Bulbär-Erscheinungen.

(Obersteiner's „Arbeiten“, 1896, IV. H.)

Ich entnehme der reichhaltigen Arbeit, auf welche im Zusammenhang zurückgegriffen werden wird, einen Fall von Hemiatrophie der Zunge bei Tabes, welcher am Kern des XII. folgenden Befund ergab: „Der weitaus

grösste Theil zeigte auf beiden Seiten eine durchaus normale Beschaffenheit: grosse, vollkommen gut erhaltene, nur zum Theil pigmentirte Ganglienzellen und ein wohl erhaltenes Nervenfasernetz. Nur in den distalsten Ebenen des Kerns beginnt der Kern auf der linken Seite etwas früher und enthält ein paar Schnitte hindurch grössere und zahlreichere Zellen als der de rrechten Seite. Doch findet man in letzterem keine Zelldegenerationsproducte." Der Roller'sche Kern ist auf beiden Seiten gleich gut entwickelt. — Fibrilläre Zuckungen rechts und beiderseits gleiche faradische Erregbarkeit. Neuritis der intralingualen Hypoglossusfasern.

Kurella.

398) **Geronzi** und **Garofalo** (Rom): „Einseitige Hypoglossus-Facialis-Läsion". (Lesione unilaterale dell'ipoglosso e del faciale.)

(La Riforma medica 1896, Nr. 55.)

Nach verschiedenen prämonitorischen Erscheinungen einer Apoplexie plötzliches Eintreten von Sprachstörung, Abweichung der Zunge und des Mundwinkels links; es bleibt eine linke Zungen-Hemiatrophie und eine Lähmung der unteren Aeste des gleichseitigen Facialis bestehen. Keine Entartungsreaction; die Verfasser nehmen nach Koch und Marie eine höher als die Medulla gelegene Läsion an, neigen zur Annahme einer Erkrankung des cortico-bulbären Bündels.

Kurella.

399) **Geronzi** (Rom): Zur Kenntniss der unilateralen Bulbärparalyse. (Contributo allo studio della paralisi bulbare unilaterale.)

(Rivista di Patologia nervosa e mentale 1896, fasc. 6.)

52jährige Frau. Schwächezustand nach früherer Mamma-Amputation: seit einem Jahre Gürtelschmerzen: 6 Wochen vor dem Tode plötzlich vorübergehende Sprachstörung, wonach eine linksseitige Zungenatrophie, Hemiparese der Zunge, der Uvula und des weichen Gaumens links constatirt wird. Keine fibrillären Zuckungen, keine Entartungsreaction, keine Larynxstörungen.

Die Section ergab eine vorgeschrittene Atrophie des (Schilling'schen) Hypoglossuskerns und des Roller'schen Kerns. Der Duval'sche (accessorische Hypoglossus-) Kern intact. Ferner fand sich in der ganzen Ausdehnung des Hypoglossuskerns das Pick'sche abnorme Bündel, G. sieht in seinem Auftreten einen Hinweis auf eine abnorme Prädisposition der Medulla oblongata. G. hebt besonders das Fehlen von Stimmbandlähmung hervor und sieht in dem Falle das anfängliche Stadium einer nicht zur Entwicklung gelangten einseitigen Bulbärparalyse.

Kurella.

400) **Zhukowskij**: Fall von halbseitiger Hypertrophie. (Sslutschai odnostoronnei gipertrofii.)

(Kowalewsky's Archiv XXII, 1.)

Z. zählt erst 28 Fälle, theils eine ganze Körper-, theils nur eine Gesichtshälfte betreffend, von Hemihypertrophie auf. Es handelt sich um einen 11jährigen Knaben aus gesunder Familie, mit 5 gesunden Geschwistern, bei dem schon bei der Geburt die linke Körperhälfte grösser erschien. Am meisten fällt die enorme Vergrösserung der drei titialen Zehen auf.

Der Haarwuchs an der linken Hälfte sehr viel üppiger, sie ist ausserdem mit zahlreichen dunklen Flecken bedeckt. Innere Organe normal.

An den Füssen finden sich folgende Dimensionen:

Länge von der Ferse bis zur Spitze	links	rechts
der grossen Zehe	21,5 cm	18,5 cm
„ 2. „	23 „	19 „
„ 3. „	22 „	18 „
„ 3. „	17,5 „	17,5 „
„ kleinen „	16 „	16 „

Die galvanische und faradische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven ist links fast überall gesteigert.

Der Knabe ist psychisch normal und einer der besten Schüler seiner Klasse.

Kurella.

---

301) **G. Arnheim**: Ein Fall von halbseitiger congenitaler Hypertrophie. — Vortrag in der Berliner med. Gesellschaft 18./XII. 1893.

(Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 2.)

Die Hypertrophie bei dem 4monatlichen hereditär nicht belasteten Kinde betrifft die ganze rechte Körperhälfte: Gesicht, Lippe, Zunge, Kiefer, Zahnfleisch, Ohr rechts erheblich dicker resp. grösser, der rechte Arm $1^1/_2$ cm länger als der linke, am Bein ist die Hypertrophie nur rechts am Tarsus der grossen Zehe deutlich. Neben der Hypertrophie ausgebreitete Telangiektasien fast des ganzen Körpers, am Rücken ausgedehnte Pigmentflecke.

Von den 20 Fällen der Litteratur betreffen die meisten die rechte Körperhälfte. Nach Trélat und Mond handelt es sich um partielle Paralyse der Vasoconstrictoren.

Hoppe.

---

b) Rückenmark.

402) **Lloyd, James Hendric** (Philadelphia): The spinal cord in pernitious anæmia.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1896, Nr. 4.)

37jähriger Mann, der bei seinen nächsten Angehörigen Apoplexie, chronische Diarrhoe, Diabetes etc. vorfindet und in seiner Jugend an Malaria, später an Lues und Alcoholmissbrauch gelitten hatte, bekam im Jahre 1893 einen heftigen Anfall von Gastroenteritis, von dem er sich seitdem nie mehr ordentlich erholte, denn die Diarrhöen hielten bis zu seiner Aufnahme (Mitte 1894) an. Seit 2 Jahren hatte er wegen zunehmender Schwäche seine Arbeit als Maschinist einstellen müssen; dazu hatten sich Parästhesien in den Beinen gesellt. Ataxie und Sphincterenanomalien sollen nie bestanden haben.

Status präsens bei der Aufnahme: Normale Kniereflexe, fehlender Fussclonus. Normale Sensation. Grosse Schwäche und Unfähigkeit zu gehen. Keine Ataxie. Pupillen gleich weit, reagiren auf Licht und Accomodation. Sprache normal. Herzdämpfung nach rechts vergrössert, leichtes bestehendes Geräusch über der Tricuspidalis, laute Venengeräusche am

Halse. Puls 100—115. Respiration schwach, Lungen gesund. Rothe Blutkörperchen = 1,280,000; Hämoglobien 23%; Macrocythen, Microcythen und viele Poikilocythen. Urin normal. Es bestand deutliche Anämie. — Nach der Aufnahme zeigten sich Anfälle von plötzlich auftretendem Oedem, das zunächst Füsse und Knöchel ergriff, dann hier plötzlich nachliess und auf das Gesicht überging. Die Diarrhöen stellten sich unregelmässig ein, bald profus und häufig, bald seltener. Tod nach 2 Monaten. Die Section ergab: Degeneration der Hinterstränge (Goll- und Burdach'sche Stränge) im Dorsalmark, die indessen nicht ganz bis zur hinteren Commissur reichte; im Lumbalmark diese Theile normal. Anzeichen für beginnende Degeneration (Zunahme der Neuroglia, grosse Ausdehnung der einzelnen Nervenröhrchen) der Seitenstränge im Dorsalmark. Die Deiters'schen Zellen waren an einzelnen Stellen der Hinterstränge mit ungewöhnlicher Klarheit zu sehen. Vorderhörner im Brust- und Lendenmark normal. — Für die bei Lebzeiten bestehenden Diarrhöen (oft auch mit blutiger Färbung) liess sich kein Befund erheben.

Die bisher beobachteten Fälle von Rückenmarkserkrankungen bei perniciöser Anämie (Lichtheim, Bormann, Minnich etc.) haben ganz verschiedene Typen, sowohl in klinischer (Tabes oder disseminirte Sclerose) als auch in pathologischer (Betheiligung der hinteren Wurzelzonen und Seitenstränge) Hinsicht gezeigt. Dass im vorliegenden Falle weder tabische Erscheinungen noch solche der disseminirten Sclerose vorhanden waren, lässt sich dadurch erklären, dass der Krankheitsprocess bisher die hintere Wurzelzone und die Seitenstränge freigelassen hatte. Wenn der Patient länger gelebt hätte, wäre das Mark möglicher Weise auch sclerotisch geworden. Buschan.

---

403) **A. Westphal**: Ueber einen Fall von traumatischer Myelitis.
(Arch. f. Psych. 1896. Heft 2.)

Eine 35jährige Frau war im Fieberdelirium während einer Typhuserkrankung aus der zweiten Etage einer Privatklinik auf den gepflasterten Hof hinabgesprungen, wobei sie sich einen Bruch der Lendenwirbelsäule zuzog. Es bestand in der Gegend derselben ausgedehnte Suggillation, eine complete schlaffe Lähmung beider Beine mit Fehlen der Knie- und Achillessehnenphänomene, sowie der Hautreflexe und mit Störung der Sensibilität. Der Fall erscheint zum Studium der beginnenden anatomischen Veränderungen nach Rückenmarkserschütterungen besonders geeignet, da der Tod am 7. Tage nach der Verletzung erfolgte und nicht, wie bei den meisten der bekannten Fälle, gleich oder erst nach langer Krankheitsdauer eintrat. Die Dura und Pia zeigten sich bei der Section unversehrt, ohne Blutungen, das Rückenmark in seiner Gestaltung bis auf einen gequetschten Bezirk im Sacralmark wohl erhalten. Die Wirbel waren übrigens nicht dislocirt. Es folgt eine genaue Beschreibung der microscopischen Befunde und im Anschluss daran eine kritische Würdigung derselben, sowie eine Vergleichung mit den von Schmaus experimentell bei Rückenmarkserschütterungen an Thieren gefundenen Veränderungen. Das Ergebniss seiner Untersuchungen fasst der Verfasser am Schluss des Aufsatzes folgendermassen zusammen: „Es finden sich in einem sehr frühen Stadium einer acuten durch Trauma entstandenen Myelitis mannigfaltige parenchymatöse

Veränderungen an Nervenfasern und Ganglienzellen; besonders hervortretend sind Quellungserscheinungen an den Axencylindern. Es fehlen secundäre Degenerationen, interstitielle Veränderungen, Veränderungen an den Blutgefässen; Producte der regressiven Metamorphose finden sich nur an der Stelle der Quetschung des Rückenmarks. Wir fassen die Veränderungen der specifischen Nervenelemente als durch directe traumatische Einwirkung entstanden auf. Interessant ist die Analogie dieser Befunde mit den experimentell erzeugten Veränderungen bei Rückenmarkserschütterungen (Schmaus), während das Vorkommen zahlreicher Blutungen sie von letzteren unterscheidet".

W. spricht die Vermuthung aus, dass an Stelle der noch unveränderten Blutungen bei längerer Krankheitsdauer Erweichungsherde angetroffen wären, die dann neben den direct traumatisch entstandenen in die Erscheinung getreten wären, wie ja auch v. Leyden für die Erweichungsherde bei der Myelitis eine nicht einheitliche Entstehung als wahrscheinlich annehme. Ein in den Befunden von Schmaus nicht beschriebenes Bild bot sich bei dem vorliegenden Fall in Gestalt eines alveolären Gewebes der weissen Substanz dar, ähnlich dem von Nonne beschriebenen bienenwabenartigen Lückensystem bei Spinalerkrankungen im Verlauf der perniciösen Anämie.

Max Edel.

---

404) **Raymond**: Sur un cas d'hématomyélie présumé du renflement cervical. (Le progrès médical 1896, 7.)

Verf. berichtet über den Krankheitszustand eines 6jährigen Knaben, der asphyctisch zur Welt gekommen war. Die Geburt erfolgte in Fusslage und es sollen von der Hebamme sehr heftige Tractionen zur Entwicklung des Kopfes vorgenommen worden sein. Der Status präsens ist kurz folgender: Doppelseitige Monoplegie der oberen Extremitäten mit Entwicklungshemmung und Atrophie der gelähmten Glieder, die ungleichmässig auf verschiedene Muskelgruppen vertheilt ist. Daneben besteht stellenweise ausgesprochene Lipomatose; vasomotorische Störungen und Abschwächung der faradischen und galvanischen Erregbarkeit; völliges Intactsein der Sensibilität und aller anderen, besonders auch der psychischen Functionen. Es besteht eine gewisse Steifigkeit in den unteren Extremitäten, die den Gang erschwert. Patellarreflexe gesteigert. Der Beschreibung des Krankheitsbildes folgen eingehende differentialdiagnostische Erörterungen; Verf. hält es für das Wahrscheinlichste, dass diese Affection hervorgerufen worden ist durch eine während der Geburt entstandene Hämorrhagie, die auf die Vorderhörner der Halsanschwellung beschränkt blieb und nur die Hinterseitenstränge noch etwas mitafficirte.

Lehmann (Werneck).

---

405) **L. Minor**: Klinische Beobachtungen über centrale Hämatomyelie. (Archiv für Psychiatrie 1896. 1. Heft.)

Es werden 3 Fälle beschrieben, in denen die acut nach Traumen auftretenden und schnell zurückgehenden Erscheinungen auf centrale Rückenmarksblutungen zwischen 6. Cervical- und 1. Dorsalwurzel hinwiesen. Im ersten bestand Parese der Extremitäten mit ausgedehnter tiefer Veränderung der Schmerzempfindung und des Temperatursinns, Muskelatrophien der Hände und Erhöhung der Kniereflexe. Der zweite zeigte Brown-Sequard-

schen Typus der Lähmungen und Sensibilitätsstörungen, welche die bei Syringomyelie beobachtete Form der Dissociation aufwiesen. (Parese mit Atrophien im linken Arm, sowie Thermoanästhesie und Analgesie der rechten Körperhälfte.) Im dritten war Hemihyperidrosis facialis dextra und Aenderung der Lidspaltenweite links vorhanden (Sympathicusaffection). Im Anschluss an diese Fälle macht Verfasser auf die häufig Syringomyelie vortäuschenden Sensibilitätsstörungen aufmerksam, die er an den bisher von ihm gesammelten 8 Fällen von centraler Hämatomyelie beobachtet hat, abgesehen von den Fällen mit anatomischer Untersuchung. Zur Erläuterung sind Abbildungen beigegeben, in denen die Zonen der Thermoanästhesie und Analgesie, sowie der Lähmungen mit und ohne Atrophien besonders bezeichnet sind. M. hält es für nothwendig, die centrale Hämatomyelie als eine besondere Krankheitsform von der Hämatomyelie auszuscheiden und stellt die differentialdiagnostischen Symptome bezüglich der Syringomyelie zusammen. Nach der Anordnung der Sensibilitätsstörungen und Atrophien sei die Erkennung der centralen Hämatomyelie am leichtesten bei Brown-Sequard'schem Typus der Anästhesien, schwieriger bei centraler Blutung beider Hälften der grauen Substanz, wo in den Armen nur Atrophien ohne Anästhesien, dagegen im Rumpf und in den Beinen einfache Paresen ohne Atrophien neben syringomyelitischer Dissociation der Sensibilität vorhanden seien; am schwierigsten sei der Fall, wo das Gebiet der Atrophie mit demjenigen der Thermoanästhesie zusammenfällt. Neben diesen Haupttypen kämen auch combinirte Formen vor.

Max Edel.

---

405) **Max Bielschowsky**: Ein Fall von Morvan'scher Krankheit.
(Neurol. Centralblatt 1896, Nr. 10.)

Der in Mendel's Poliklinik beobachtete Fall betrifft eine 40jährige Frau, bei welcher sich vor 6 Jahren ohne vorangegangene Krankheiten zuerst tiefe Schrunden an der Vorderseite der linken Mittelfinger entwickelten, die schwer heilten. In der Folge entstanden am 2., 3. und 4. Finger der linken Hand schmerzlose Geschwüre, welche zum völligen Verlust der Endphalangen führten, die Haut des linken Armes wurde analgetisch, das linke Handgelenk schwoll an und wurde schwer beweglich. Im letzten Jahre entwickelten sich ähnliche Erscheinungen auch an der rechten Hand, beide Schultergelenke schwollen an und wurden schwer beweglich. Schon vorher war eine Schwäche in beiden Armen aufgetreten.

Bei der Untersuchung fanden sich 3 Reihen von Erscheinungen: 1. motorische Störungen und zwar Parese und Atrophie hauptsächlich in der Muskulatur des Schultergürtels. 2. Sensibilitätsstörungen in der Form der Empfindungslähmung für das Schmerz- und Temperaturgefühl am oberen Theile des Rumpfes und der oberen Extremitäten. 3. Trophische Störungen in der Haut (dünne glänzende Beschaffenheit, Schwielenbildung mit Schrunden), an den Fingern der linken Hand (schwere Verstümmelungen) und an den Gelenken (ähnlich den tabischen Arthropathien).

Da Lepra auszuschliessen ist, so handelt es sich um die als Morvan'sche Krankheit bezeichnete Syringomyelie des Hals- und oberen Brustmarkes.

Hoppe.

---

407) **Bourneville:** Parèso-analgésie des extrémités supérieures avec panaris analgésiques ou maladie de Morvan; hémiplégie droite et paraplégie inférieure.
(Arch. de Neurol. 1896, I, 6,)

Bis . . ., 20 Jahre alt, hereditär belastet, erkrankte im Alter von 2 Jahren mit Krämpfen, nach denen eine Lähmung der rechten Extremitäten und des linken Beines bemerkbar wurde; im Verlaufe der Jahre stellten sich die gewöhnlichen Folgeerscheinungen infantiler Lähmungen (Atrophie, Contracturen, Gelenkveränderungen) ein. Mit 13 Jahren bemerkte man eine Unempfindlichkeit für schmerzhafte Reize an der linken Hand: der Kranke zog sich eine beträchtliche Verbrennung zu, ohne es zu merken; gleichzeitig und auch später traten trophische Störungen an beiden Händen, namentlich links, auf (schmerzlose Panaritien, Knocheneiterungen etc.), die zum Theil chirurgische Hilfe nöthig machten und zu einer (in der Arbeit genauer beschriebenen) Verkrüppelung der Finger führten. Eine genaue Untersuchung zeigte 1895, dass an beiden Armen ungefähr vom Ellbogen abwärts völlige Anästhesie, Thermoanästhesie und Analgesie bestand, am übrigen Körper war die Sensibilität völlig intact; der Patellarreflex war links deutlich, rechts sehr schwach; es bestand ferner ein ziemlich hochgradiger Schwachsinn. —

Nach einer ausführlichen Schilderung aller hier nur kurz angedeuteten Symptome glaubt der Verfasser, dass es sich in dem mitgetheilten Falle um die Combination einer infantilen cerebralen Lähmung (rechtsseitige Hemiplegie und Paraplegie der unteren Extremitäten) auf Grund eines organischen Leidens (Meningomyelitis mit Ausgang in Sclerose) und der Morvan'schen Krankheit handelt.

Falkenberg-Lichtenberg.

---

408) **Edward Runge:** A case of syringo-myelia and its diagnostic difficulties.
(Journ. of nerv. and ment. dis, 1896, Nr. 1, S. 12.)

22jähriger Mann aus angeblich gesunder Familie und ohne sonderliche Antecedentien, der bis dahin sich einer ausgezeichneten Gesundheit erfreut hatte, verspürte vor 6—7 Monaten plötzlich heftige Schmerzen in beiden Knöcheln, die von Anschwellung nicht begleitet waren und sehr bald vollständig verschwanden. Vor 5 Monaten eine leicht schmerzhafte Röthung und Schwellung der Aussenseite des linken Oberarms, die aufbrach und unter Hinterlassung einer Narbe wieder verheilte. Vor 3 Monaten bemerkte Patient eine Abnahme der Kräfte und Abmagerung zunächst der linken, sodann der rechten Hand; Schmerzen bestanden damals nicht.

Die Untersuchung ergiebt folgendes:

1. Fähigkeit, die Arme zu heben, beeinträchtigt. Bei Drücken am Dynamometer rechte Hand 98, 80 und 75°, linke 40, 35, 40°.
2. Alle Bewegungen werden richtig und normal ausgeführt. Ausgenommen sind einzelne Bewegungen (Extension, Abduction etc.) an den Fingern und am Handgelenk beiderseits, die entweder herabgesetzt oder ganz ausgefallen sind.
3. Tremor der Zunge und der Augenlider, der beiden Oberextremitäten (kein Intentionszittern), fibrilläre Zuckungen, besonders an dem linken

Arm und der linken Brusthälfte, fibrilläre Contractionen bei mechanischer Reizung.
4. Amyotrophische Veränderungen bestehen nur in den beiden Oberextremitäten.
5. Patellarreflexe gesteigert, Tibialisreflexe ausgesprochen, Fussclonus stark; alle Sehnenreflexe links in stärkerem Grade vorhanden. Hautreflexe an den Unterextremitäten fehlend.
6. Muskelsinn vollständig erhalten. Keine Störung der Coordination, kein Romberg. — Tactile Sensibilität ganz normal. — Temperatursinn: Vollständiger Verlust desselben links im Bereiche des N. axillaris, cutan. lateral., cut. medialis, cut. medius, cut. poster. sup. und auf Handrücken, sowie Handfläche, rechts im Bereiche des N. cut. medius, auf der Handfläche und auf der Ulnarfläche des Rückens. Kalt und heiss werden als kalt empfunden, links im Bereiche des N. cut. post. infer. und cut. medius, rechts am ganzen übrigen Arm mit Ausnahme der Ausbreitung des N. axillaris. Normale Verhältnisse bestehen über den N. cut. medialis sinister und N. axillaris dexter. — Schmerzsinn: Vollständige Analgesie links auf dem Schulterblatt, rechts auf der unteren Hälfte des Verbreitungsbezirkes des N. cut. medialis; partielle Analgesie links am ganzen Arme, ausgenommen den Bereich des N. cut. medialis, cut. post. inf. und die radiale Hälfte der Handfläche, rechts im unteren Bezirk des N. cut. medialis und auf der radialen Hälfte des Handrückens und der Handfläche; Hyperästhesie des Rückens der 2. und 3. Phalange.
7. Electrisches Verhalten: Keine Entartungsreaction, aber herabgesetzte Erregbarkeit gegen beide Ströme, besonders gegen den galvanischen über den atrophischen Muskeln.

Runge erwägt eingehend alle Möglichkeiten der Diagnose. Am wahrscheinlichsten und natürlichsten scheint für ihn die Annahme zu sein, dass es sich um einen syringomyelitischen Process handeln mag.

Buschan.

---

409) **Raymond:** Syringomyélie atypique (type Brown-Séquard).
(Revue intern. de médec. et de chirurg. pratique 1895, 23,)

Eine jetzt 48 Jahre alte Frau erkrankte im Alter von 22 Jahren an einer leichten Parese der linken Seite. Der Zustand blieb im Allgemeinen stationär, verschlechterte sich erst nach 20 Jahren. Jetzt bietet die Kranke folgende Erscheinungen: Links Parese beider Extremitäten, Muskelrigidität, Sensibilitätsstörungen (Kriebeln und Ameisenlaufen). Der Facialis ist nicht betheiligt. Faradische Erregbarkeit ist abgeschwächt. Rechts bestehen sensible Störungen mit syringomyelitischer Dissociation (Schmerzgefühl und Wärmegefühl aufgehoben, Berührungsgefühl erhalten). Es besteht also der Brown-Séquard'sche Symptomencomplex; der Verlauf des Leidens spricht für Syringomyelie. Der Sitz der Affection ist links im cervico-dorsalen Marke zu suchen; es scheint, dass das Gliom, wie häufig, die graue Substanz einer Seite ergriffen und allmählich sämmtliche nervösen Elemente dieser Seite des Rückenmarkquerschnittes zerstört habe.

Lehmann (Werneck).

410) **V. Hanot** u. **H. Meunier**: Gomme syphilitique de la moelle épinière ayant déterminé un syndrome de Brown-Séquard bilatéral avec dissociation syringomyélique.

(Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière 1896, p. 49—79.)

Die geringe Casuistik der Rückenmarkgummata wird hier durch einen sorgfältig beobachteten, klar dargestellten und durch ausgezeichnete Illustrationen erläuterten Fall vermehrt.

Die Paraplegie setzte nach einer vorher erworbenen starken Erkältung im Januar 1895 plötzlich ein, 14 Tage darauf folgte der Tod unter acutem Decubitus. Die Diagnose intra vitam war: Paraplegie in Folge einer spinalen Läsion; bilaterale Querläsion, welche sicher das centrale Grau in seiner ganzen Ausdehnung interessirt, in der cervico-dorsalen Region sitzt, wahrscheinlich zwischen der 8. Cervical- und der 3. Dorsalwurzel. (Hämatomyelie? Acute localisirte Myelitis? Transversale Erweichung?) — Die Hauptercheinungen, welche für die Diagnose in Betracht kamen, waren: Apoplectiformes Einsetzen; bilateraler Brown-Sequard'scher Complex, totale Paraplegie, bilaterale Hemianästhesie mit Dissociation der Qualitäten an den unteren Extremitäten. Dilatation der rechten Pupille, Incontinenz der Blase; Obstipation. An den unteren Extremitäten war die Berührungsempfindung fast überall erhalten, wenn auch herabgesetzt und verzögert, Schmerz- und Wärme-Empfindung dagegen aufgehoben; die unteren $^2/_3$ des Thorax total anästhetisch für alle Qualitäten. Linker Arm schwächer als der rechte, besonders Deltoides und Pectoralis major geschwächt.

Section ergiebt: Zwei der Mittelebene nahe anliegende, die vorderen Partien des Rückenmarks freilassende Gummata, von denen das rechte tiefer liegt, entsprechend dem Ursprung der 2 oberen Dorsalnervenpaare; die Rückenmarksstränge sind stark verschoben, aber wenig verändert; die Vorderhörner sind im Niveau der Tumoren völlig verschwunden; die centrale Erweichung der Tumoren reicht über sie selbst nach oben und unten beiderseits in länglichen Spalten hinaus. Hinterhörner und Hinterstränge sind kaum mit ergriffen; vollkommen unterbrochen sind die gekreuzten Pyramidenbahnen. Kurella.

---

411) **Raymond** und **J. Nageotte**: Deux cas de tumeur du canal rachidien comprimant la moelle.

(Journal de Neurologie et d'Hypnologie, Nr. 1 u. 2, 1895/96.)

Beobachtung I.

„Tumor des Spinalkanals. Beginn mit schmerzhaften Sensationen in den Unterextremitäten und mit Symptomen wachsender Schwäche. Pseudoneuralgie des 7. linken Intercostalraumes. Spastische Paraplegie anfänglich, sich in schlaffe umwandelnd gleichzeitig mit dem Schwinden der Schmerzen. Vollständige Anästhesie bis zum 8. Dorsalwirbel reichend. Sphincterenstörungen, Lungentuberculose. Tod 4 Monate nach dem Beginn. Autopsie: Sarcom durch das 6. dorsale foramen intervertebrale rechts austretend und 3 Verlängerungen aussendend, die eine unter die Pleura, die andere unter die Muskeln der Vertebralrinnen, die 3. in den Spinalkanal, welche das Rückenmark comprimirt."

Der Fall betraf einen 26jährigen Schuhmacher. Der Tumor comprimirte das Rückenmark im Niveau des Austrittes der 7. und 8. Dorsalwurzeln. Die Zone der traumatischen Degeneration erstreckt sich nach oben bis in den oberen Theil des dem 6. dorsalen Paar angehörigen Segmentes, nach abwärts bis zur Höhe der unteren Wurzeln des 9. Paares. Die intensivste Degeneration findet sich an der direct comprimirten Stelle nicht an der Peripherie, sondern gegen das Centrum des Markes. Nach oben und nach unten von dem traumatischen Degenerationsherde grenzen sich mehr und mehr auf- und absteigende Degenerationen ab. Die hinteren Wurzeln weisen keine Läsion auf; der Tumor scheint fast keine Wirkung auf die Wurzeln ausgeübt zu haben, welche durch dasselbe foramen intervertebrale austreten wie dieser selbst. Ein Durchschnitt durch den Tumor in der Höhe des foramen intervertebrale zeigt den Spinalnerven abgeflacht, in Form eines dünnen Plättchens, aber mit einer noch sehr beträchtlichen Anzahl markhaltiger Fasern versehen; diese Fasern scheinen nur etwas zarter als gewöhnlich; das Ganglion ist nach aussen gedrängt. Die secundären Degenerationen sind wenig ausgesprochen. Der Tumor characterisirt sich histologisch als Fibrosarkom.

Beobachtung II.

„Tumor des Spinalkanals: allmählicher Beginn mit wachsender Schwäche und lancinirenden Schmerzen in den Unterextremitäten. Spastische Paraplegie; Krampf. Verschiedene Sensibilitätsstörungen in den Unterextremitäten, hauptsächlich in einer syringomyelitischen, je nach der Stelle mehr oder minder vollständige Dissociation bestehend. Irradiirte Schmerzen in den Armen, pseudoanginöse Anfälle, leichter Nystagmus. Tod an Bronchopneumonie 10 Monate nach Beginn. Autopsie: Sarcom im 8. dorsalen foramen intervertebrale rechts, welches das Rückenmark durch einen in den Spinalkanal eindringenden Fortsatz comprimirt."

Der Kranke war in diesem Fall ein 49jähriger Eisenbahnbediensteter. Das Rückenmark, seitlich comprimirt, zeigt in der Höhe der Abgangsstelle der 11. Dorsalwurzel eine Art Einbuchtung, welche sich nach dem Tumor (Spindelzellensarcom) geformt hat; das Markgewebe ist an dieser Stelle stark erweicht und microscopisch vollständig desorganisirt. Die traumatische Degeneration erstreckt sich nach oben nur bis zum Niveau der Abgangsstelle der 10., nach unten der 12. dorsalen Wurzel. Daneben finden sich auf- und absteigende Degenerationen, ähnlich wie im ersten Falle. Der 8. rechtsseitige Dorsalnerv verläuft in dem von dem Tumor eingenommenen Intervertebralloch an der Oberfläche des Tumors, die Vorderwurzel vorne, die hintere rückwärts. Die Vorderwurzel, welche in dem foram intervertebrale eine bedeutende Compression erfahren hat, zeigt in ihrem Verlaufe im Spinalkanale eine sehr beträchtliche Volumenszunahme; die Hauptmasse der angeschwollenen Wurzel besteht aus sehr dünnen Fasern, welche zumeist kleine gewundene Bündel bilden, deren Aussehen völlig an das der Regenerationsneurome erinnert. Es handelt sich auch in der That um eine Neurombildung, wie sie am Ende durchschnittener Nerven beobachtet wird.

In der Epikrise betonen die Verfasser den Umstand, dass in dem Gebiete der traumatischen Degeneration im Rückenmark die Achsencylinder

zum grössten Theile noch erhalten, wenn auch sehr verändert waren; sie hätten daher auch nach Aufhebung der Compression ihre Function wieder aufnehmen können, was sehr zu Gunsten eines chirurgischen Eingriffes in ähnlichen Fällen spricht. L. Löwenfeld.

412) **Bruns**: Klinische und pathologisch-anatomische Beiträge zur Chirurgie der Rückenmarkstumoren.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkr., 1. H. 1896. Mit 2 Tafeln.)

In der grossen exacten Arbeit werden 2 Fälle von Rückenmarksgeschwülsten ausführlich besprochen. In beiden konnte sowohl die allgemeine wie die Localdiagnose mit ausserordentlicher Schärfe gestellt und durch die Section bestätigt werden. Beim ersten handelt es sich um ein Fibrosarcom der Lendenanschwellung an einer 24jährigen Frau, welcher eine kleine Geschwulst dieses Characters am Ohr entfernt war und welche eine langsam verlaufende Affection am Rückenmark bekam. Diese setzte mit heftigen Schmerzen ein, lähmte erst das eine, dann das andere Bein und führte allmählich zu einer Sensibilitätsstörung im Lenden- und Sacralmark. Bei der Operation fand sich indessen keine Geschwulst, was der Verf. aus der anatomischen Eigenart des Falles erklärt. Klinisch ist hervorzuheben, dass B. vor Verwerthung von localen Schmerzen oder Hyperästhesiezonen für die Höhendiagnose warnt, weil jede Hautstelle von mehreren mit einander anastomosirenden Wurzeln versorgt werde und daher daraus nicht auf Erkrankung nur einer bestimmten Nervenwurzel geschlossen werden könne. Ferner spreche der Fall für Bastian's Behauptung, dass bei totaler Querschnittläsion im oberen Brustmark und bei gesundem Lendenmark, peripheren Nerven und Muskeln trotz absteigender Degeneration der Pyramidenbahnen die Patellarreflexe fehlen und die Lähmung eine schlaffe bleibt.

Bei dem zweiten Fall waren schon mehrere bösartige Geschwülste des Körpers operirt worden, als die Erscheinungen von Seiten einer Rückenmarksmetastase mit reissenden Schmerzen in der Höhe der linken Brustwarze einsetzten. Es entwickelte sich schnell eine totale motorische Paraplegie von unten nach oben; das Gefühl war bis etwas unterhalb der Mammæ aufgehoben, von da ab bestand bis zur zweiten Rippe Hyperästhesie und unsicheres Gefühl. Die Arme blieben frei, nur zuletzt war Schmerzhaftigkeit der Ulnarseite der Oberarme vorhanden. Weiter bestand Blasenmastdarmlähmung; es fehlten die Patellarreflexe, dagegen waren die Fusssohlenreflexe erhalten. Endlich ergab sich eine scharf umgrenzte Druckschmerzhaftigkeit zwischen 1. und 2. Dorsalwirbelspina. Bei der Operation fand sich ein extraduraler Tumor von der 2.—5. Dorsalwurzel. An einer starken Blutung starb der 28jährige Patient am Abend desselben Tages, während die erste Patientin noch 14 Monate nach dem Eingriff lebte. Die Section stellte sitzengebliebene Geschwulstmassen unterhalb der exstirpirten Partien, eine totale Erweichung des Markes in $1^1/_2$ cm Länge, sowie eine absteigende Degeneration der Pyramidenbahnen fest. Für die Höhendiagnose war die Uebereinstimmung zwischen Wurzel- und Marksymptomen, welche auf denselben Sitz hinwiesen, sowie die Schmerzhaftigkeit des entsprechenden Wirbelsäulenabschnittes von Wichtigkeit. Verf. ist der An-

sicht, dass die Operation der Rückenmarkstumoren durchaus berechtigt sei, wenn sie auch bisher nur theilweise günstige Erfolge aufzuweisen habe. Für Jeden, der mit einschlägigen Fällen zu thun hat, wird das Studium des Bruns'schen Aufsatzes von grossem Werthe sein.

Max Edel (Dalldorf),

---

3. Therapie.

413) **H. Oppenheim**: Ueber einen Fall von Tumor der Wirbelsäule. — Nach einer Demonstration in der Gesellschaft der Charité-Aerzte.

(Berl. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 47.)

Das 3jährige Kind erkrankte März 1893 an Masern, die es gut überstand, und ca. 2 Monate später wurde es weniger munter, verdriesslich und klagte über Schmerzen im rechten Arm, welchen es weniger gebrauchte. Namentlich zeigte sich eine Schwäche der Hand und der Finger, Verengerung der rechten Pupille und Lidspalte. Einige Wochen später Schwäche im rechten Bein, die sich bald zu Lähmung steigerte. Dann wurde auch das linke Bein ergriffen und im Juli, wo O. es untersuchte, hatte sich bereits bereits eine vollständige Paraplegie herausgestellt, während sich schon vorher Blasenbeschwerden eingefunden hatten. Neben der motorischen Schwäche im rechten Arm bestand eine fast vollständige Lähmung der Hand- und Fingermuskeln. Hand in Krallenstellung, electrische Erregbarkeit der sichtbar atrophischen Muskeln sehr stark herabgesetzt. Neben der sehr starken Verengerung der rechten Lidspalte und der rechten Pupille mässiges Oedem in der rechten Gesichtshälfte, namentlich in der Umgebung der Augenlider. An den gelähmten Beinen Muskelsteifigkeit und starke Steigerung der Sehnenphänomene und der Hautreflexe (rechts stärker). Verhalten der Sensibilität nicht zu ermitteln. Schliesslich fiel noch eine Erweiterung der Venen der rechten Thoraxgegend auf.

Die Erscheinungen an der rechten Hand wiesen darauf hin, dass der Process von der ersten Cervicalwurzel und der ersten Dorsalwurzel rechts seinen Ausgangspunkt genommen hatte, von welchem die kleinen Handmuskeln innervirt werden, während aus der ersten Dorsalwurzel noch die oculopupillären Fasern entspringen, welche in den Sympathicus übergehen. Von da musste der krankhafte Vorgang ins Rückenmark vorgedrungen sein und eine Compression desselben bewirkt haben.

O. stellte deshalb die Diagnose auf einen Tumor und empfahl die Aufnahme in ein Krankenhaus. Das Kind wurde denn auch später in die Bergmann'sche Klinik gebracht, starb aber Tags darauf unter starker Dyspnoe und Fieber.

Bei der Section fand sich ein Sarcom rechts am unteren Abschnitt der Halswirbelsäule, welcher den 7. Cervicalwirbel arrodirt, usurirt hatte, hier in den Wirbelkanal eingedrungen war und die entsprechenden Wurzeln plattgedrückt und an das Rückenmark herangepresst hatte. Seitlich reichte der Tumor über die Querfortsätze der Wirbel hinaus, war nach vorn unten bis auf die erste Rippe herabgewachsen und hatte die Vena subclavia, die ganz in ihn hineingewachsen war, durchbrochen. In der Vena subclavia war er gegen die Anonyma und Cava superiora vorgewachsen und reichte

bis ins Ende der letzteren. In der Lunge mehrere erbsengrosse Metastasen, in der Lungenarterie ein Embolus. Hoppe.

414) **Apostoli** (Paris): Un cas d'impuissance virile traité par l'électrothérapie.

(Bullet. Soc. franç. d'électrothérapie, April 1896.)

A. empfiehlt auf Grund eines Falles die faradische Behandlung der Impotenz. Sie bestand bei seinem Falle seit 10 Jahren und verschwand, nachdem drei Monate lang täglich 5—10' lang eine Electrode des Inductoriums möglichst nahe an die Prostata gebracht war, von der Urethra oder vom Rectum aus. Kurella.

415) **R. Friedländer** (Wiesbaden): Experimentelle Untersuchung über die Wirkung des constanten Stromes bei traumatischer peripherischer Lähmung.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896, Nr. 26.)

Einem Hunde wurden beide Ischiadici an correspondirenden Stellen hoch am Oberschenkel durchschnitten; aseptisches Verfahren; beiderseits gleichartige Lähmung. Zwei Tage nach der Operation wird mit der Galvanisation des linken Hinterbeins begonnen; Anode von 45 qcm längs des Ischiadicus auf die Hinterfläche des Oberschenkels, Kathode von gleicher Grösse längs der Vorderfläche; Dauer der Durchströmung täglich 4 Minuten, 5 M. A. Schon am vierten Tage ist das linke Bein beweglicher als das rechte. Nach 14 Tagen Atrophie des rechten Oberschenkels, nichts dergleichen am linken. Nach 4 Wochen ist das galvanisirte linke Hinterbein nebst den Zehen in seinen Bewegungen normal, das rechte wesentlich schwächer, ungeschickter; Umfang unterhalb des Trochanter links 33 cm, rechts 25 cm. Es zeigt sich also, dass die galvanische Behandlung einer traumatischen Lähmung die Regeneration begünstigt, den Eintritt der Atrophie hintanhält.

Kurella.

416) **Massy** (Bordeaux): Sur la valeur thérapeutique de l'électricité dans la paralysie spinale infantile.

(Journ. de médec. de Bordeaux, April 1896.)

M. empfiehlt die Galvanisation längs der Wirbelsäule — aufsteigender Strom, 10—12 M. A., grosse Electrodenplatten — bei frischeren Fällen von spinaler Kinderlähmung, zugleich unter galvanischer Behandlung der atrophischen Muskeln; letztere behandelte er mit 30 mal in der Minute unterbrochenen galvanischen Strömen von 15—25 M.-A., indifferente Electrode über der Wirbelsäule. In den ersten 4 Monaten ergab die Behandlung eines 14 Tage vorher paraplegisch gewordenen $1^1/_2$ Jahre alten Kindes keinen sichtbaren Erfolg; dann wurde die Erregbarkeit allmählich normal, 6 Monate später war jede Spur von Degeneration verschwunden und nach einjähriger Behandlung konnte das Kind gehen und laufen.

Kurella.

417) **Wertheim-Salomonson**: Die Genauigkeit der faradischen Untersuchung. (Die nauwkeurigheid van het faradisch onderzoek.)

(Weekblad 1896, Nr. 22.)

Um sich im Allgemeinen eine Vorstellung von der Genauigkeit faradischer Erregbarkeitsbestimmungen zu machen, bestimmte W. 26 mal nach-

einander mit dem Faradimeter die Erregbarkeit des N. medianus am Ellbogengelenk. Die Zahlen variirten zwischen 10,2 und 12,1 Volt; der mittlere Fehler betrug (nach der Methode der kleinsten Quadrate) 4,3%.

26 Bestimmungen am Ulnaris, gleichfalls am Ellbogen mit nicht fixirter, nach je 2 Bestimmungen abgehobener und wieder aufgesetzter Electrode ergaben Werthe zwischen 13,2 und 15,1 Volt, mit einem mittleren Fehler von 5,8%. Am Radialis betrug der mittlere Fehler 6,9%, am Ramus frontalis, bei fixirter Electrode, 5%.

Die Genauigkeit findet also ihren Ausdruck in mittleren Fehlern von 4—7%. W. warnt nun davor, Differenzen von 10—15% — besonders zwischen beiden Seiten — als pathologisch anzusehen; er will bis 25% Differenz noch als normal betrachten, wobei er 15% auf physiologische Differenzen, 10% als Beobachtungsfehler anrechnet.

Kurella.

418) **F. Jolly**: Ueber Pellotin als Schlafmittel.
(Deutsche medic. Wochenschr. 1896. 11. Juni.)

Das neue Hypnoticum ist ein von Hefter aus Anhalonium Williamsii, einer Kaktee hergestelltes Alcaloid; das salzsaure Salz desselben ($C_{13}H_{19}NO_3HCl$) wirkt in Dosen von 5 Ctg einschläfernd und zugleich ziemlich beträchtlich pulsverlangsamend; Jolly fand, dass bei Nervenkranken, die an Schmerzen leiden, 4—6 ctg subcutan meist schlafmachend, bei Deliranten erst höhere Dosen, bis 12 ctg, beruhigend wirken.

Die Wirkung auf den Puls ist inconstant, andere Nebenwirkungen wurden nicht constatirt; Jolly empfiehlt weitere Versuche.

Kurella.

419) **Reinbach** (Breslau): Ueber die Resultate der Thymusfütterung bei Kropfleidenden.
(Mittheilungen aus dem Grenzgebiete der Medicin und Chirurgie, I, H. 2, p. 202.)

Mikulicz's Erwartung eines günstigen Einflusses des Thymus auf Basedow'sche Krankheit haben sich im Laufe der weiteren Beobachtung an seiner Klinik kaum erfüllt, dagegen sind die Resultate bei Schilddrüsenschwellungen ohne Basedow besser ausgefallen, als selbst die früheren mit Thyreoidea-Fütterung. Die Darreichung war dieselbe, wie sie M. früher mitgetheilt hat. (Siehe dieses Centralblatt 1895, S. 270.) In 20 oder 30 Fällen R.'s war das Resultat objectiv und subjectiv günstig, in 2 Fällen ging ein struma parenchymatosum völlig zurück. In einem Falle, wo Thyroidfütterung versagt hatte, wirkte Thymus glänzend.

Intoxicationserscheinungen traten niemals auf; alle Patienten wurden poliklinisch behandelt.

Kurella.

420) **Allen Starr** (New-York): Wesen und Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (On the nature and treatment of exophthalmic goitre, with special reference to the thyroid theory of the disease.)
(Medical News, 1896, 18. April.)

Ausführliche Darstellung der seit Möbius und Joffroy epidemisch suggestiv wirkenden Hypothese, dass Basedow auf Hyperactivität der Thyroidea beruht; die beste Behandlung wäre die Hemmung der Drüsensecretion, was durch operative Entfernung am besten erreicht würde.

Kurella.

421) **V. Milla** (Reggio): I processi della cura tiroidea.
(Riv. sperim. di freniatria, XXI. p. 444, 1895.)

422) **G. Vassale**: L'organoterapia e in modo speciale la tireoterapia.
(Riv. sperim. di freniatria, XXII, p. 144, 1896.)

Zwei kritische Uebersichten der Arbeiten über Thyroidtherapie seit 1893; Vassale's Arbeit zeichnet sich durch grössere Vollständigkeit und kritischeres Verfahren aus. Kurella.

---

423) **Jrsai, B. Vas, G. Gara**: Einfluss der Schilddrüsenfütterung auf den Stoffwechsel Geisteskranker.
(Deutsche med. Wochenschr. 1896, Nr. 28.)

Die Autoren constatirten in sorgfältigen Versuchen stets Abnahme des Körpergewichts, Steigerung der N.-Ausscheidung, besonders durch den Harn, starke Vermehrung der Harnsäure-Ausscheidung, besonders in den ersten Tagen der Behandlung. Es ist nun von Interesse, dass Baumann es für möglich hält, das Thyrojodin wäre selbst ein Spaltungsproduct der Nucleinsäure, während doch die Harnsäure mit einiger Wahrscheinlichkeit von den Nucleinbasen herzuleiten ist. Kurella.

---

424) **Magnus-Levy** (Berlin): Versuche mit Thyreo-Antitoxin und Thyrojodin. (Deutsche med. Wochenschr. 1896. Nr. 31.)

Ein Fall von Myxödem wird 19 Tage mit Thyroideasubstanz und unter kurzen Pausen 24 Tage lang mit Thyreo-Antitoxin, 20 Tage lang mit Thyrojodin behandelt. Es zeigte sich, dass Drüsensubstanz und Thyrojodin fast gleich wirkten, die Sauerstoffaufnahme und Kohlensäureabgabe erheblich steigerten, Wasser-, Stickstoff- und Fettverlust hervorriefen, während Thyreo-Antitoxin ohne Einfluss auf den Stoffwechsel blieb.

Kurella.

425) **zum Busch** (London): Zur Frage des Thyreoidismus.
(Deutsche med. Wochenschr. 1896, 30. Juli.)

Unter 68 Fällen von Myxödem und Hautleiden, denen B. längere Zeit Borrough's Tabletten gab, sah er nur 4mal eigentlichen Thyreoidismus; geringe Vermehrung der Pulsfrequenz, stärkeres Schwitzen, Verminderung des Körpergewichts, Vermehrung der Urin- und Harnstoffmenge traten stets auf. In den 4 Fällen von Thyreoidismus fehlten Diarrhoe, Temperatursteigerung und Erbrechen. B. spricht sich gegen das Vorkommen von giftigen Zersetzungsproducten in den englischen Tabletten aus.

Kurella.

426) **Hennig** (Königsberg): Ueber Thyrojodin.
(Münch. med. Wochenschr. Nr. 14. 43. Jahrg.)

H. hat wenig Erfolg von der Schilddrüsentherapie gesehen. Seine Versuche mit Thyrojodin, der nach Baumann aus der Thyreoidea des Hammels isolirten organischen Jodverbindung, ergaben, dass in allen Fällen von Obesitas die Wirkung nicht ausblieb. Die Gewichtsabnahmen stiegen auf 3,0—5,0 kg in der Woche, obschon eine besondere Diät während der Kur nicht eingehalten wurde.

Der Einfluss des Thyrojodins auf den erworbenen Kropf, sowie auf Morbus Basedowii war weniger constant. Auch für Haut- und Geschlechtskrankheiten misst H. dem Thyrojodin therapeutischen Werth bei.

Blachian (Werneck).

---

427) **F. Mainzer** (Berlin): Zur Behandlung amenorrhoischer und climacterischer Frauen mit Ovarialsubstanz.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896, 18. Juni.)

428) **Mond** (Kiel): Das gleiche Thema.

(Münch. med. Wochenschr. 1896, Nr. 14.)

Mond hat mit Merck'schen Oophorintabletten bei den vasomotorischen Beschwerden des künstlichen oder natürlichen Climacteriums unbestimmte Erfolge erzielt, die zur Fortsetzung der Versuche, nach seiner Meinung, auffordern. Mainzer citirt Mond's Resultate als günstig und schildert Heilung oder Besserung der climacterischen „Wallungen" (und der begleitenden Schweisse und Aengste) bei 21 Fällen, wovon 15 ovariotomirte, 2 climacterische, 4 an Amenorrhoe leidenden Frauen und Mädchen. Es wurden 10—20 Tage lang täglich 1—2 mal etwa 3 Gramm Kuhovarien-Substanz gegeben. Der Behauptung vom Nachlass der Wallungen fehlt jede Controlle durch irgend eine der für diesen Zweck disponibeln graphischen Methoden; nicht einmal die so bequem zu handhabende Dermographie wurde angewandt. — In einem Falle wurde eine bis dahin ohne Menses existirende 31jährige Frau nach 14 Tagen menstruirt; sowohl die Behauptung der lebenslänglichen Amenorrhoe wie der endlich erfolgten Menstruation ist ärztlicherseits nicht controllirt.

Kurella.

---

429) **Gilles de la Tourette**: Diagnostic et traitement du tic douloureux de la face et de la migraine.

(Semaine méd. 1896, S. 249.)

1. Bei echter (nicht syphilitischer oder hysterischer) Gesichtsneuralgie empfiehlt Verf. angelegentlichst die systematische Anwendung von Opiumextract. Er lässt am 1. Tage mit mindestens 3 mal (bis 5 mal) 0,02 g Extr. opii in Pillen (in möglichst grossen Zwischenräumen innerhalb 24 Stunden zunehmen) beginnen und alle 2 Tage um 1 Pille und 0,02 g ansteigen, bis die Schmerzen beseitigt sind. Zumeist wird eine Tagesdosis von 0,2 g oder auch weniger bis zu diesem Zeitpunkt genügen. Diese höchste Dosis lässt er noch während mehrerer Tage weiter nehmen und sodann dieselbe progressiv um 1 Pille alle 2 Tage vermindern. Falls sich während dessen die Schmerzen wieder zeigen sollten, ist die Behandlung wiederum aufzunehmen, d. h. die Dosis zu steigern.

Unter Umständen kann eine Unterbrechung der Kur erforderlich werden, wenn nämlich Störungen der Verdauung (Appetitlosigkeit und hartnäckige Verstopfung oder auch profuse Diarrhöen) sich einstellen. Leichte Abführmittel, Stimulation, Thee, Kaffee werden darüber hinweghelfen können. — Leider hat diese Methode den Nachtheil, dass, wenn eine zweite Opiumkur erforderlich wird, diese weniger gut vertragen wird.

2. Gegen Migräne, im Besonderen Augenmigräne (characterisirt durch heftigen Stirnkopfschmerz, Flimmerscoton, Erbrechen, Aphasie, Hemiopie, sensible Erscheinungen etc.) empfiehlt Tourette die Brompräparate als souveräne Mittel.

Einige Krankengeschichten illustriren den Erfolg der beiden Präparate in einschlägigen Fällen. Buschan.

---

430) **Saboulay**: La section du sympathique cervical dans l'exophthalmie. (Lyon méd. 1896, Nr. 22, Mai 21.)

Verf. versuchte in 2 Fällen von Basedow'scher Krankheit zur Beseitigung des Exophthalmus die Durchschneidung des Sympathicus zwischen oberem und mittlerem Halsganglion. Der Erfolg war ein sehr prompter; es erfolgte ein Zurücktreten des Bulbus in die Augenhöhle, aber trotz beiderseitiger Durchschneidung, auf jeder Seite in verschiedenem Grade. In einem 3. Falle wurde der Nerv auf der rechten Seite durchschnitten, um die Circulation in der entsprechenden Hirnhälfte zu beeinflussen. Der Erfolg war, dass das rechte Auge in die Orbita zurücktrat, vom Augenlid fortan mehr bedeckt wurde und die Pupille enger wurde.

Das Verfahren dürfte sich daher in der Behandlung der Basedow'schen Krankheit empfehlen. Buschan.

---

431) **Erb**: Die Therapie der Tabes dorsalis. (Volkmann's klin. Vorträge N. F., Nr. 150. 1896.)

Erb macht von vornherein das Zugeständniss, dass es mit den Resultaten der Tabesbehandlung nicht besonders glänzend bestellt ist, obschon man hierin gerade in letzter Zeit beträchtliche Fortschritte gemacht hat.

Zuerst wird die Frage nach einer „Prophylaxe der Tabes“ erörtert. Natürlich kann von Prophylaxe nur die Rede sein, wenn man die Krankheitsursachen kennt, und das ist ja bei der Tabes der Fall. Syphilis ist nach Erb die häufigste und wichtigste Ursache der Tabes*); daneben spielen andere Momente, wie neuropathische Disposition, angeborene oder erworbene Nervosität eine Rolle, und schliesslich lassen sich vielfach noch eine ganze Reihe von „Nebenursachen“ aufzählen, wie starke Erkältungen, körperliche Strapazen und Ueberanstrengungen, sexuelle Excesse, Traumen, Alcohol- und Tabakmissbrauch, und schliesslich übermässige geistige Anstrengungen, Gemüthsbewegungen etc. Aber man darf nicht vergessen, dass alle diese Nebenursachen ausschliesslich bei syphilitisch inficirten Individuen den Ausbruch der Tabes veranlassen können. Hieraus ergiebt sich klar, worin die prophilactische Behandlung der Tabes bestehen muss.

Bei Tabikern, die früher syphilitisch waren, muss nach Erb unbedingt eine antisyphilitische Therapie eingeleitet werden, die oft die günstigsten Resultate ergiebt. Nach Erb's persönlichen Erfahrungen trat in der Mehrzahl (fast $^6/_7$) der so behandelten Fälle eine mehr oder weniger deutliche, eingreifende Besserung ein; gegen die Behauptung der Gefährlichkeit der specifischen Behandlung der Tabes, wenn sie nur mit genügender Vorsicht ausgeführt

---

*) Er verfügt jetzt über 700 Fälle, unter denen sich nur 9,65% finden, bei denen Lues ausgeschlossen werden kann.

wird, protestirt Erb energisch. Ganz besonders geeignet zur antisphilitischen Behandlung sind 1. alle frischen Tabesfälle, in denen die Syphilis-Infection in nicht zu ferner Vergangenheit liegt. 2. Alle Fälle mit noch floriden Syphilissymptomen, sowie solche, die mit cerebraler oder meningealer Syphilis complicirt sind. 3. Solche Fälle, in denen schon früher eine unzureichende antisyphilitische Behandlung angewendet worden ist.

Contraindicirt ist die antisyphilitische Therapie überhaupt nur in ganz veralteten, vorgeschrittenen Fällen, wo der Patient cachectisch oder dyspeptisch ist, wo die syphilitische Infection weit zurückliegt, oder wo man schon zu wiederholten Malen, ohne Erfolg, energische Kuren angewendet hat oder schliesslich in solchen Fällen, wo bei dem Patienten Intoleranz gegen Quecksilber und Jodkali besteht.

Was die Art der Behandlung anbetrifft, so zieht Erb die Schmierkur vor (4—6 gr graue Salbe täglich, 30—40, ja 50—60 mal). Darauf lässt er eine Pause von 4—12 Monaten eintreten, die er gewöhnlich zu allgemeiner tonisirender Behandlung benützt (Bergluft, leichte Wasserkuren, tonisirende Eisen-, Chinin- und Nux vomica-Pillen, electrische Behandlung, eventuell auch eine Badekur in Nauheim oder Rehme). Sehr zu widerrathen sind nach E. die ambulanten Schmierkuren, d. h. Kuren, die vorgenommen werden, während der Patient seinem Berufe nachgeht. Wie oft diese Kur wiederholt werden muss, lässt sich nicht im Allgemeinen bestimmen, gewöhnlich aber reicht eine Kur nicht aus.

Die Jodkalibehandlung scheint nicht so deutliche, günstige Resultate zu ergeben, wie die Quecksilberbehandlung; angezeigt ist sie jedoch in den Fällen, wo es sich um specifisch-meningeale und Gefässleiden handelt.

Die causale Therapie muss sich ferner gegen eventuell vorliegende Schädlichkeiten, wie Erkältungen, Strapazen, Excesse u. s. w. richten.

Bei der Behandlung der Krankheit selbst hat man bisher eine ganze Reihe der verschiedensten Mittel angewendet, aber leider kann man nicht behaupten, dass sie von besonderem Nutzen sind, und nicht ein einziges giebt es, dem man irgend eine absolut sichere Wirkung zuschreiben könnte. In manchen Fällen hilft keins von allen, in anderen Fällen bringt bald das eine, bald das andere eine gewisse Linderung, daher trägt die Tabesbehandlung stets den Character eines tastenden Suchens nach dem geeigneten Mittel.

Erb giebt seinen Patienten vor allem folgenden Rath: Lebe so, als wärst du ein alter Mann; still, regelmässig und ruhig, fern von allen Strapazen und Anstrengungen, von allen Excessen und Gemüthsbewegungen. Maasshalten im Essen und Trinken, keine Excitantien, Tabak nur in sehr geringen Mengen, viel Schlaf und zwischen der Arbeit die nöthigen Ruhepausen. Ermüdende Geselligkeit muss der Patient vermeiden, ferner das Hazardspiel, geschäftliche Speculationen, politische Debatten etc. Vor allem Mässigkeit in sexueller Beziehung. Reichlicher Aufenthalt in freier Luft, womöglich alljährlich der Besuch eines Luftkurorts (Meran, Arco, Abbazia, Riviera), äusserste Vorsicht in Bezug auf körperliche Bewegungen. Strapazen und Uebermüdung müssen durchaus vermieden werden, daher sind alle Arten von Sport-, Jagd-, Bergtouren etc. zu untersagen.

Unter den Medicamenten hat Erb das meiste Vertrauen zu Argentum nitricum, das er Monate hindurch — mit grossen Pausen dazwischen — anwenden lässt (3—5 ctg pro die, so dass im Laufe von 2—4 Jahren mindestens 8—12 gr von diesem Medicament verbraucht werden).

Von Secale cornutum, das Charcot empfahl (0,20 pro dosi 2—3 mal täglich mehrere Wochen hindurch, sodann eine Pause, darauf wieder eine Anwendung des Medicaments in derselben Weise) hält Erb nicht besonders viel, gerathener erscheint ihm Arsenik (Solutio Fowleri, Acid arsenicos. Levicowasser, subcutane Injectionen).

Jodkali wird in Dosen von 1—4 gr täglich in verdünnter Lösung mit etwas Natron bicarbonicum gegeben.

Bromsalze haben keine Bedeutung, dagegen hat Erb eine günstige Wirkung von Strychningaben gesehen, besonders in Verbindung mit anderen Mitteln wie Arsenik, Argentum nitricum, Condurangowein und vor Allem in Verbindung mit den eigentlichen tonischen Mitteln (Eisen, Chinin und Arsenik).

Von der Behandlung mit Organsäften oder mit der neuerdings so angepriesenen Phosphorsäure hält Erb nicht viel.

Bäder und Badekuren spielen eine grosse Rolle in der Tabestherapie. An erster Stelle stehen die kohlensauren Thermalsoolbäder (Nauheim, Rehme), dann kommen die kohlensäurehaltigen Stahlbäder (Schwalbach, Kniebisbäder, Cudowa, Franzensbad, Tarasp-Schuls, St. Moritz etc.).

Indifferente warme Bäder, besonders solche von höherer Temperatur, haben nach Erb meist eine schädliche Wirkung. Ebenso warnt er vor heissen Dampf- und Luftbädern.

Die so oft angerathenen Schwefelbäder müssen nach seiner Ansicht mit derselben Vorsicht hinsichtlich ihrer Häufigkeit und Temperatur angewendet werden, wie die indifferenten Bäder.

Grössere Bedeutung als der Balneotherapie muss der Hydrotherapie zugeschrieben werden, jedoch müssen alle stark wirkenden Proceduren wie ganz kalte Bäder, Douchen, Einpackungen, Uebergiessungen etc. vermieden werden. Am meisten anzurathen sind Halbbäder (16—24° R. 2—5 Min.), nasse Abreibungen, Vollbäder von 24—25° R., locale Rücken- und Fussbäder etc. Von Seebädern muss in der Regel abgerathen werden.

Auch der Electrotherapie legt Erb grosse Bedeutung bei und zwar hat er mit dem galvanischen Strom die besten Erfolge erzielt. Er empfiehlt neben der stationsweisen Armirung der Wirbelsäule mit grossen Electrodenplatten auch labile Galvanisation der Beine über dem Ischiadicus und Cruralis.

Der Nutzen von Derivantien auf die Haut ist wohl einigermassen übertrieben worden, jedoch sind dieselben bei Rückenschmerzen, Gürtelgefühl, gastrischen Krisen und dergleichen vielleicht nicht ganz ohne günstige Wirkung. Am besten wendet man Ferrum candens an, es können aber auch Jodpinselungen u. dergl. gebraucht werden.

In manchen Fällen, besonders zur Bekämpfung der Ataxie, ist auch Massage und Gymnastik angezeigt.

Die früher so beliebte operative Nervendehnung dürfe nur bei den hartnäckigen, auf bestimmte Nervengebiete localisirten Neuralgien mit förm-

lich „ischiadischen Krisen" angewendet werden und auch in diesen Fällen hat man wohl dieselben Erfolge mit den verschiedenen unblutigen Streckmethoden, die ja als Linderungsmittel bei lancinirenden Schmerzen immer sehr gerühmt werden — die Motschutkowski'sche Suspensionsmethode will Erb nicht ganz verdammen, indessen muss er einräumen, dass sie in vielen Fällen ganz ohne Erfolg ist, und manchmal geradezu schädlich wirken kann.

Was nun die symptomatische Behandlung betrifft, so handelt es sich vor Allem um die Bekämpfung der lancinirenden Schmerzen, zuerst versucht man milde äussere Mittel: warme oder kalte Umschläge, Compressen mit Chloroform oder Aether auf die hyperästhetischen Stellen, Senfpflaster, spanische Fliegen, Einreibungen mit Chloroform, Veratrin etc. Ferner Electricität, stabile Einwirkung der Anode oder Kathode, starke Faradisation mit feuchter Electrode oder dem faradischen Pinsel, letzteres oft von brillanter Wirkung; ferner starkes Frottiren und Bürsten der Haut, energischer Druck (Festbinden einer Bleiplatte), Massage, Suspension, unblutige Nervenstreckungen, Jodpinselung, pointes de feu (auf die Wirbelsäule oder auf die Austrittsstelle der besonders afficirten Nervenwurzeln). In den meisten Fällen wird man auch zu innerlichen Mitteln greifen müssen: Chinin, Jodkali, Bromsalze, Antifebrin (0,3—0,5 pro dosi), ferner auch Phenacetin, Antipyrin, Exalgin, Salipyrin, Laktophenin etc. Es empfiehlt sich nach Erb, kräftige, schnell auf einander folgende Dosen von allen diesen Mitteln zu geben. — Morphium, das in schweren Fällen nicht zu entbehren ist, muss der Gefahr einer Gewöhnung wegen mit äusserster Vorsicht angewendet werden.

Auch bei den verschiedenen Krisen kommen dieselben Mittel zur Anwendung, bei Darm- und Magenkrisen, ferner absolute Ruhe, strenge Diät, wenn nöthig, vollständige Nahrungsentziehung mit Nähr-Klystieren; bei Larynxkrisen Inhalationen von Aether oder Chloroform, Cocainpinselungen, Galvanisation des Vagus, Sympathicus und des Halsmarks; bei Ano-vesical- und Klitoriskrisen locale Applicationen.

Gegen Par- und Anästhesien: Electricität, (faradischer Pinsel, labile Anwendung der Katode), Frottiren, Massage. Gegen die Ataxie: methodische Gymnastik nach Frenkel-schen Principien.

Gegen Blasenstörungen: Electricität (aber nicht intravesical), Secale cornutum, Strychnin, Entleerung der Blase durch manuellen Druck.

Gegen Obstipation müssen nach Erb soviel als möglich innerliche Mittel vermieden und dafür äussere, wie Massage, Faradisation des Darmes etc. angewendet werden.

Gegen die Arthropathien: Leichte Druckbandage, Ruhestellung, Jodpinselungen, eventuell chirurgische Eingriffe (Punction, Resection etc.) oder orthopädische Behandlung.

Kurella.

---

432) **C. Lange**: Neuropathologische Notizen. (Nervepatologiske Notitser.)
(Hospitalstidende 1896, S. 195.)

1. Ueber die Behandlung der Epilepsie, speciell die Borax behandlung.

Im Ganzen ist die Epilepsie nach der Anschauung und Erfahrung Lange's eine recht gutartige Krankheit mit Neigung zu spontaner Genesung. Man sieht sehr selten alte Epileptiker, nicht weil sie jung sterben, sondern weil sie von ihrer Krankheit frei werden. Selbstverständlich ist jedoch die Behandlung von wesentlicher Bedeutung in Folge der Beschwerlichkeit und Langwierigkeit der Krankheit. In der Regel reichen die Brompräparate in einer Dosis von ca. 4 gr pro die aus, um die Anfälle zu sistiren. Wo diese nicht vertragen werden oder keine Wirkung zeigen, wendet L. in den letzten Jahren mit grossem Erfolge Borax in grossen Dosen (bis 8 gr pro die) an. Die unangenehmen Nebenwirkungen dieses Salzes von Seiten des Magens und namentlich der Haut (Eczem, Haarabfall u. s. w.) schwinden in der Regel bald, auch wenn die Anwendung des Präparates fortgesetzt wird.

2. Bemerkungen in Bezug auf die Diagnose und Behandlung der Neuralgien.

Eigentliche Neuralgien giebt es wesentlich nur im Trigeminus und Ischiadicus. Sie werden von anderen schmerzhaften Affectionen, z. B. neuritischen Affectionen und Reflexschmerzen, welche sehr oft mit wahren Neuralgien zusammengeworfen werden, sehr leicht geschieden. Die Neuralgien sind nämlich immer auf den leidenden Nervenast begrenzt, während die Reflexschmerzen in hohem Grade zum Irradiiren geneigt sind. Auch der Character des Schmerzes ist verschieden, bei den Neuralgien zuckend, blitzhaft, bei dem Reflexschmerz dumpf, continuirlich, ohne ausgesprochene Paroxysmen. An den Unterextremitäten sind die Reflexschmerzen oft doppelseitig, während die wahre Ischias fast immer einseitig ist; sie werden am häufigsten durch Konkremente oder Gries in den Nieren verursacht; sie geben nie, wie die wahre Ischias, Veranlassung zu Parästhesien oder Muskelatrophie. Die Behandlung muss bei den Reflexschmerzen in der Entfernung der Ursache bestehen. Bei den wahren Neuralgien ist das Hauptmittel die Electricität (Galvanisation), welches in der Regel seine Wirkung nicht verfehlt. Hilft das nicht, kann man die Nervenstreckung versuchen. Resection des Nerven hat selten Heilung zur Folge. Von der Massage hat L. bei Ischias öfter Schaden wie Nutzen gesehen.

Koch (Kopenhagen).

---

433) **P. D. Koch**: Trepanation bei Epilepsie. (Et Tilfælde af Epilepsi, behandlet med Trepanation.)
(Ugeskrift for Lægev. 1896, S. 385.)

Eine 35jährige Frau, welche mit 20 Jahren an wahrscheinlich traumatischer Epilepsie gelitten hatte und in der rechten Parietalgegend eine Depression des Schädels zeigte, war während ihrer Krankheit in intellectueller Beziehung sehr heruntergekommen, hatte gar kein Interesse für Mann, Kind und Haus und konnte keine Arbeit verrichten. Brombehandlung zeigte keinen Nutzen. Leichte Parese des linken Arms. Entfernung

der deprimirten Partie des Schädels mittelst Trepanation. Dura und Gehirnoberfläche zeigten keine Abnormität. Heilung reactionslos. Die Anfälle dauerten im Anfange fort, haben später unter erneuerter Brombehandlung sehr bedeutend an Anzahl und Heftigkeit abgenommen und ausserdem ist der vorhandene Stumpfsinn so gut wie geschwunden. Der Verfasser spricht seine Anschliessung an die Ausführungen Eulenburg's über die Indicationen der Trepanation aus. Koch (Kopenhagen).

---

434) **Weissgerber** (Giessen): Ueber 2 Fälle von operativ behandelter Rindenepilepsie.

(Münch. med. Wochenschr. Nr. 16. 43. Jahrg.)

Die Erwartungen, welche man an die operative Behandlung insonderheit der der Jackson'schen Epilepsie geknüpft, haben sich im Allgemeinen nicht erfüllt. In den zwei von W. veröffentlichten Fällen scheinen bessere Heilresultate vorzuliegen, wenn auch ein vollständiges Cessiren der Krampfanfälle nicht erzielt wurde. Die Unsicherheit des Erfolges hat dazu geführt, dass häufig nicht nur die degenerirte Hirnpartie, die Narbe, die Cyste, sondern gleich das ganze Centrum exstirpirt wird. Dauernde Lähmungen in den betreffenden Muskelgebieten sind nicht zu befürchten, da andere Hirntheile vikariirend eintreten. Aber auch nach diesem radicalen Verfahren bleiben die Anfälle nicht aus. Die beste Prognose bieten die Fälle, wo durch das Trauma das Gehirn selbst direct nicht gelitten hat und durch die Entfernung einer reizauslösenden Cyste z. B. am Gehirn gewissermassen eine restitutio ad integrum geschaffen wird.

Blachian (Werneck).

---

435) **George H. Williams** (Fishhill-on-Hudson, N. Y.): Depressed fracture of the skull; traumatic amnesis, aphasia; recovery without operation.

(The Med. Record, 14. Dec. 1895.)

Ein chirurgischer Eingriff wurde in dem Falle (Schädelbruch durch Steinwurf gegen die linke Stirnseite) deshalb unterlassen, weil die Anfangs vorhandenen epileptiformen Convulsionen innerhalb 8 Tagen aufhörten und sich zugleich die Aphasie auffallend schnell besserte. Letztere entstand nach Verf. nicht sowohl durch Quetschung, Blutung oder Embolie, als durch Erschlaffung der Nervenzellen in der Broca'schen Windung.

Voigt (Oeynhausen).

C. Psychopathologie.

1. Allgemeine Pathologie.

436) **C. Hubert Bond:** Some points in the relation of diabetes to insanity.

(Journal of mental science, Jan. 1896.)

Anknüpfend an einen Vortrag von Dr. Savage im Jahre 1890 und dessen Schlussfolgerungen untersuchte Bond während 18 Monaten (1894/95) im Bomstead Asylum den Urin von 175 neu aufgenommenen geisteskranken Männern und fand in 12 Fällen, also in 6,85% Zucker. Betreffs der Erkrankungsformen fallen auf 55 Melancholien 6, auf 30 allgemeine Paralysen 3, auf 66 organische Demenzen 2 und auf 16 senile Geistesstörungen

1 Fall, während 2 angeborene Erkrankungen, 18 epileptische Geisteskranke, 43 Manien und 5 Verworrenheitszustände keinen Diabetesfall zeigten. Die Urinuntersuchungen begannen in den ersten 48 Stunden, wurden sehr häufig, oft täglich fortgesetzt und nach den bekannten Methoden ausgeführt. Er schliesst dann noch die Beschreibung von 4 Fällen geisteskranker an Diabetes leidender Frauen an.

Den sehr genauen Krankheitsgeschichten mit 2 Sectionsprotocollen ist ein alle Symptome und Befunde berücksichtigendes Schlusswort angefügt, dem folgendes entnommen sei:

$^2|_3$ der Fälle waren acut, $^1/_3$ chronisch; zu diesen gehörten die 4 weiblichen Fälle. Unter den 12 acuten Fällen herrschte die Melancholie vor mit Verworrenheitszuständen bis zur Amnesie. Im grossen Ganzen konnte Bond die interessante Thatsache constatiren, dass mit steigender Glycosurie eine Verschlimmerung der geistigen Störungen eintrat — also zwischen Diabetes und Geisteskrankheiten ein Parallelismus bestand. Aus den ihm in den meisten Fällen zur Verfügung stehenden Anamnesen geht, was auch schon anderweitig häufig beobachtet ist, hervor, dass in der Hälfte der Fälle Alcoholexcesse vorhergegangen waren.

Was die hereditäre Belastung betrifft, fanden sich in 6 Fällen Geisteskrankheiten in der Familie und 7mal Stigmata, 2mal litt eines der Eltern an Diabetes.

Nach Besprechung der Zucker- und Urinmengen geht Bond noch auf die Sectionsergebnisse ein, in denen sich bei microscopischer Untersuchung gewisse Veränderungen im Gehirn fanden. Die Pankreas war in beiden Fällen krankhaft verändert, beidemal bestand Leber- und Nierencirrhose.

Adolf Passow (Friedrichsberg).

---

437) **Karl Zinn** (Eberswalde): Beziehungen der Chorea zur Geistesstörung.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. XXVIII, H. 2.)

In der vorliegenden Arbeit giebt Verfasser eine sehr ausführliche Litteraturübersicht und entwickelt an der Hand derselben die jetzt herrschenden Anschauungen über das Wesen der Chorea und ihre Beziehungen zu Geistesstörung. Letzteren widmet er den Hauptheil seiner Ausführungen, nachdem er kurz über die Abgrenzung der Chorea, ihre Eintheilung, pathologische Anatomie und Aetiologie gesprochen hat. Er kommt zu folgenden Schlusssätzen: Die Chorea ist vorzugsweise als eine Krankheit des Gehirns aufzufassen und steht als solche in enger Beziehung zu den psychischen Functionen. Als Gelegenheitsursache für den Ausbruch der Chorea sind, ebenso wie für Psychosen, heftige Gemüthsbewegungen, wie Schreck, Furcht nicht von der Hand zu weisen. Allen Choreafällen sind gewisse Erscheinungen von Seiten der Psyche eigen, die manchmal den motorischen Krankheitssymptomen vorausgehen. Diese bestehen in einer auffallenden Reizbarkeit und Empfindlichkeit, verbunden mit grosser Labilität der Stimmung und Neigung zu heftigen, oft plötzlichen Affectäusserungen. Bei Erwachsenen scheinen psychische Symptome mehr depressiver Art vorzuwiegen. In der Mehrzahl der Fälle kommt es nicht zur Entwicklung

einer ausgesprochenen Psychose. Wenn letztere hinzutritt, so kann sie gleichzeitig mit der Chorea einsetzen. Hierher gehören besonders die Fälle von chronischer Chorea mit Melancholie und stuporösen Zuständen mit Ausgang in Verblödung. Aei der acuten Form tritt die Geistesstörung meist erst nach einiger Dauer der Chorea in den Vordergrund und zwar namentlich unter dem Bilde einer acuten Verwirrtheit. Als besonderen Typus hat man das Auftreten von Manie auf der Höhe der Choreaerkrankung und den allmählichen Abfall der psychischen Krankheitserscheinungen mit den motorischen dargestellt.

Die Geistesstörung kann endlich der Chorea voraufgehen. Besonders die chronische Form der Chorea ist es, die nicht selten im Verlauf von angeborenem Schwachsinn und ferner auch als Complication der in und nach der Pubertätszeit einsetzenden Psychosen auftritt.

Für das Zusammentreffen von Chorea und Psychose wird man wohl immer gewisse wechselseitige Beziehungen auch in ätiologischer Hinsicht anzunehmen haben. Die Chorea schafft einerseits gewissermassen die Disposition zu Geistesstörung; und hauptsächlich von den individuellen Verhältnissen hängt es dann ab, ob die Psychose früher oder später oder überhaupt nicht zum Ausbruch kommt. Andererseits erwächst die Chorea aus demselben Boden wie die Psychosen.

Bei der Chorea können alle Formen der sogenannten functionellen Psychosen vorkommen. Sie tragen im Verlauf der acuten Form der Chorea einen mehr maniakalischen oder deliriumartigen, bei der chronischen einen depressiven oder stuporösen Character. Die Trennung ist keineswegs scharf. Wohl aber unterscheiden sich beide Verlaufstypen wesentlich in Bezug auf die Prognose. Bei der acuten Form sehen wir fast ausnahmslos Heilung, bei der chronischen gewöhnlich Ausgang in vollständige Verblödung. Nawratzki-Dalldorf.

IV. Original-Vereinsberichte.

70. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte zu Plagwitz am 28. Juni 1896.

Nachdem Director Dr. **Peterssen**-Borstel eine Uebersicht über die Geschichte der Gründung und Entwicklung der Provinzial-Irrenanstalt Plagwitz gegeben hatte, erfolgte eine mehrere Stunden währende eingehende Besichtigung der Anstalt, deren umfassende Um- und Neubauten ungetheilte Anerkennung fanden. Nachdem hierauf Oberarzt Dr. Möller-Plagwitz einige besondere bei den Neubauten der Anstalten gemachte Erfahrungen, namentlich hinsichtlich der Einrichtung von Fenstern und Fussböden mitgetheilt, sprach

438) Dr. **Weichelt**-Plagwitz: Ueber die Anwendung der Isolirung an der Provinzial-Irrenanstalt Plagwitz. (Selbstbericht.)

Von Isolirung kann nur in dem Falle geredet werden, dass ein Kranker entweder mit Bettzeug und Bekleidungsstücken oder ohne solche

mit Seegras bei fest verschlossenen Thüren sich selbst überlassen wird. Auf der Männerabtheilung sind 17 Einzelzimmer vorhanden, welche mit den neusten Einrichtungen versehen, theilweise durch ihre Thüren direct mit der zugehörigen Station communiciren, während die 19 Einzelzimmer der Frauenabtheilung mit ihrer herzlich primitiven Einrichtung an den Corridoren liegen und zwar immer 3 resp. 4 nebeneinander. Es stellt sich bei einer Belegzahl von 540 Köpfen das Verhältniss der Isolirräume zur Krankenzahl wie 1 : 17,2, die hiesige Anstalt ist also nach Kreuser's Statistik arm an Einzelzimmern.

Vor dem April 1896 wurde mehr isolirt als seitdem; und zwar weil der zu hydrotherapeutischen Maassnahmen nothwendige Wasservorrath ein geringer war, so dass diese Proceduren für die als heilbar anzusehenden Fälle reservirt werden mussten. Dann waren mit den am schnellsten wirkenden Hypnoticis in subcutaner Application, Hyoscin und Morphium, unangenehme Erfahrungen gemacht worden und endlich war die Zahl der Wärter bei einem Verhältniss von 1 : 10 eine recht geringe, besonders wenn sie auch chronisch geschwächt wird durch Abcommandirungen derselben zu Feld- und Gartenarbeiten.

Seit dem Beginn des neuen Etatsjahres haben sich alle diese Verhältnisse gebessert. Zwar ist auch durch den Zuwachs von 14 neuen Wärtern das Verhältniss derselben zur Zahl der Kranken kein günstigeres geworden als 1 : 10, allein schon die grössere Zahl des Wartepersonals an und für sich giebt mehr Freiheit. Nun konnte auch das durch Einrichtung eines neuen Brunnens genügend vorhandene Wasser in ausgiebigem Maasse angewendet werden und zwar in Gestalt von feuchten Einpackungen und warmen Bädern von ein- bis mehrstündiger Dauer. Die hydropatischen Maassnahmen kamen in erster Linie bei Behandlung unruhiger und störender Kranker in Betracht, erst in zweiter Linie standen die Hypnotica. Vortragender wendet mit Vorliebe das Hyoscinum hydrobromicum subcutan an in den erlaubten Dosen und ist durch mehrfache Erfahrung zu der Ansicht gelangt, dass bei Anwendung dieses Mittels unangenehme Nebenerscheinungen wie bei Gebrauch des Hyokinum hydrobromicum nicht zu fürchten sind. Liessen auch die Hypnotica im Stiche, so kam als ultimo ratio die Isolirung in Frage. Die Verordnung derselben muss der Abtheilungsarzt in ein dazu bestimmtes Buch eintragen und zwar mit Angabe der Gründe der Isolirung und der Bekleidungsweise der Kranken. Dieser Versuch, die Isolirung zu beschränken, hat einen entschiedenen Erfolg gehabt; es wurden seit April 1896 bei 540 Kranken 15 Fälle von Isolirung bei den Frauen und 8 bei den Männern notirt, sie betrafen 12 Kranke, darunter 6 Epileptische. Das sind entschieden wenig Isolirungen, wenn man das der Anstalt zugeführte Krankenmaterial in Betracht zieht. Zur Zeit können die in der Anstalt vorhandenen 40% der Plätze für freie Verpflegung nicht belegt werden, da die meisten neuen Aufnahmen entweder Kranke bringen, welche sofort der Bettruhe bedürfen oder solche, deren Verlegung nach der unruhigen Station bald nothwendig wird. Auch waren unter den neu aufgenommenen Kranken eine ganze Reihe Epileptiker, welche ausserdem der hiesigen Anstalt auch noch aus der Pflegeanstalt Freiburg, wo es an geeig-

neten Einrichtungen fehlt, zugeführt werden. — Diese 2 Fälle von Isolirungen konnten nicht vermieden werden, wie an der Hand der diesbezüglichen Krankengeschichten dargethan wird, das Gros der Isolirten bildeten Epileptiker. Ebenso wenig lassen sich unter den bestehenden Verhältnissen die nächtlichen Isolirungen gefährlicher Kranker umgehen; im Schlafsaale können sie nicht bleiben, da sie wegen ihrer Versuche, Brand anzulegen oder andere Kranke und Wärterinnen zu erdrosseln, der nächtlichen Ueberwachung bedürfen, wenn sie in Gesellschaft bleiben sollen. Ob es sich lohnt, des Princips nicht zu isoliren wegen, mehrere Nachtwachen in jeder Anstalt einzurichten und dadurch die Lasten der Provinz recht erheblich zu steigern, lässt Vortragender dahingestellt und fasst das Ergebniss seiner Betrachtungen dahin zusammen, dass es mit Hülfe der angegebenen therapeutischen Maassnahmen sehr wohl möglich ist, die Isolirungen auf ein denkbar geringstes Maass zu beschränken, ganz können sie jedoch nicht entbehrt werden. Anstalten ohne Einzelzimmer zu erbauen, muss daher als unzweckmässig verworfen werden. Ch. Neisser.

Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten zu Berlin.

Sitzung vom 8. Juni 1896.

439) Vor der Tagesordnung stellt **H. Remak** 1. einen Fall von Schulterlähmung vor. Der Kranke, ein Postbeamter, hatte sich 8 Tage lang ziemlich überanstrengt, musste 8 Stunden Briefe sortiren. Als er am Abend des 8 März d. J. den Paletot anzog, wurde er erst inne, dass er längere Zeit im Zuge gesessen hatte. Beim Anziehen fühlte er einen Ruck in der rechten Schulter, zugleich ein Gefühl des Eingeschlafenseins im Arm bis zum Daumenballen. Nachts spürte er heftige Schmerzen in demselben und den nächsten Morgen konnte er den Arm nicht mehr heben und die Schultergegend war ihm wie eingeschlafen. Dass auch der linke Arm betheiligt war, wusste er nicht, als er 8 Tage später zu Vortr. kam, jedoch hatte er schon in beiden Armen Schmerzen gefühlt. Man constatirt bei dem sonst kräftigen Mann eine Abflachung der Fossa supra- und infraspinata dextra, grosse Weichheit und Atrophie des musc. deltoideus. Entsprechend der Lähmung des Axillaris ist auch eine Sensibilitätsstörung zu constatiren, die allmählich abgeblasst ist. In einer kleinen Partie der hinteren äusseren Seite des Oberarms wird die Nadelspitze als stumpf angegeben. Sonst nichts Besonderes am Arm; der Biceps und Supinator longus gut. Der linke Oberarm ist jetzt 3 cm magerer als der andere. Man vermisst vollständig die Contraction des Biceps, während der coracobrachialis und der Supinator longus sich gut zusammenziehen, wodurch eine Ausgleichung der Functionsstörung erfolgt. Also Lähmung im Bereich des N. musculocutaneus. Dementsprechend findet sich an der radialen Seite der volaren Partie des Vorderarms eine Sensibilitätsstörung, die auch abgeblasst ist.

Isolirte Lähmungen des musculocutaneus sind relativ selten. Bernhardt hat in seinem Handbuch 6 Fälle, meist auf traumatischer Basis zusammengestellt. Vortr. hat selbst auch einige Fälle gesehen. Rechts und links

ist der Supraclavicularpunkt auf Druck schmerzhaft. Es besteht schwere Entartungsreaction im rechten m. deltoideus, links Mittelform der Entartungsreaction. Vom Supraclavicularpunkt aus contrahirt sich der Biceps links, aber der Rollenabstand differirt um 30 cm mit dem der gesunden Seite.

Wir haben es also mit einer doppelseitigen Lähmung, rechts im axillaris und supraspinatus, links im musculocutaneus zu thun, die beiderseits als partielle Erb'sche Lähmung aufzufassen ist. Vortragender glaubt, dass hier eine durch Ueberanstrengung prädisponirte, durch Erkältung provocirte Neuritis zu Lähmungserscheinungen geführt hat. Solche Formen von apoplectiformer Neuritis sind von Dejérine beschrieben worden. Es sei wohl anzunehmen, dass es sich um einen hämorrhagischen Erguss an der betreffenden Stelle des Rückenmarkes handle. Bei der Nomenclatur werde man nicht anders können, als den Fall unter die multiple Neuritis zu rechnen. Die Prognose halte er für eine gute. Nach 3 Monaten traten schon Spuren von Beweglichkeit ein.

440) Vorstellung eines diagnostisch zweifelhaften Falles, der wegen einer eigenthümlichen electrischen Reaction von Interesse sein dürfte. Es handelt sich um einen 37jährigen Gerichtsassistenten, welcher als Gerichtsschreiber etwa 6 Stunden täglich zu schreiben hat, entweder nach Dictat oder als Protocollant bei Gerichtssitzungen. Im September vorigen Jahres schlief ihm der rechte kleine Finger beim Schreiben ein, so dass er ihn reiben musste. Das verschlimmerte sich so, dass ein förmlicher Krampf der beiden letzten Finger eintrat und ein Spannungsgefühl bis in den Oberarm. Seit derselben Zeit hat er auch ein gewisses Schwächegefühl beim Knöpfen der Hosen bemerkt. Er hat aber immer weiter geschrieben und bekam nun heftige Schmerzen im Arm, auch Nachts, so dass er ärztliche Hilfe nachsuchte. Der Arzt verordnete ihm warme Umschläge, liess ihn aber weiter schreiben. Erst am 12. III. stellte er seinen Dienst definitiv ein. Er ist dann faradisirt worden. Als er am 30. Mai zum Vortragenden kam, fiel der ausserordentlich schwache Händedruck und die Schwäche der Flexoren des Handgelenks auf, welche sich bei starker Supination der Arme deutlich zeigen lässt. Es ist eine ausgeprägte Atrophie des Spatium interosseum primum vorhanden, es besteht aber keine Klauenhand. Sehnenphänomene sind normal. Sensibilitätsstörungen bestehen nicht, namentlich auch keine Thermoanästhesie. Die Messung hat eine Atrophie um 1 cm zu Ungunsten des rechten Vorderarms ergeben. In differentiell diagnostischer Beziehung kam in Betracht, ob der Fall etwa als seltene Form des Schreibkrampfes aufzufassen ist, als eine paralytische Form der Beschäftigungsneurose, als eine professionelle Neuritis, wie Vortragender sie selbst beschrieben und zuerst bezeichnet hat. Für eine solche sprechen die Schmerzen und die Druckempfindlichkeit des N. medianus und ulnaris am Oberarm. Bei der electrischen Untersuchung wird constatirt, dass es von einem Rollenabstand von 90 cm an zu einem Tetanus kommt, der die Contraction bis 30 Secunden überdauert und sich langsam löst. Begrenzt ist diese Erscheinung auf den Nerven ulnaris und medianus. Für den galvanischen Strom tritt die Anodenzuckung früher auf am rechten Ulnaris.

A. Ö. Z. bei 1 M. A., A. S. Z. bei $1^1/_2$, K. S. Z. bei 2, K. Ö. Z. und K. S. Te mit Nachdauer von 20 Secunden bei noch höherem Ausschlag. Am medianus dieselben Verhältnisse. Die Neigung zum Tetanus wird um so grösser, je länger man untersucht. Redner hat sich die Frage vorgelegt, ob das eine direct motorische oder reflectorische Wirkung ist. Sie sehe aus, wie eine directe, da sie genau im gereizten Nervengebiet bleibe und kein Unterschied auf beiden Armen zu finden sei. Man kann nur sagen, die Reaction entspricht am meisten der Tetanie. Von dieser unterscheide sie sich einmal dadurch, dass keine Steigerung der Erregbarkeit besteht, dann fehle die mechanische Erregbarkeit der Nerven. Sie ist von der myotonischen Reaction verschieden. Bei dieser ist immer die Nachdauer ein musculäres Symptom. Bei galvanischer Reizung tritt sie nicht durch einfaches Stromschliessen und Oeffnen, wohl aber durch labile Ströme auf. Auch bei dem Myoclonus fibrillaris multiplex ist die Neigung zu tetanischen Zuckungen wesentlich ein musculäres Phänomen. Will man der Reaction einen Namen geben, so würde Redner vorschlagen, wie die musculäre myotonische, bei Erschöpfbarkeit myasthenisch genannt wurde, diese als neurotonische zu bezeichnen. Sie sei für die Tetanie besonders characteristisch.

Gegenüber der Annahme einer peripherischen Affection müsse er aber doch sagen, dass die Integrität der Nervenerregbarkeit etwas für Neuritis ungewöhnliches ist. Es sei nicht wahrscheinlich, dass eine Neuritis so lange in einem solchen Stadium bliebe. Für die progressive Muskelatrophie liegen Angaben vor, dass die Nervenerregbarkeit gesteigert sei, ausserdem sind andere Anomalien der Erregbarkeit dabei beobachtet worden. Bernhardt habe erhöhte Erregbarkeit mit Umkehr der Formel beschrieben. Es wäre immerhin möglich, dass hier eine solche abnorme Erregbarkeit bei progressiver Muskelatrophie vorliege und dass es sich nicht um Schreiblähmung handelt. Er sei auf diese Befürchtung noch mehr in Folge der schon von Ball gemachten Beobachtung gekommen, dass bei Schwäche des Daumenballens der Fortschritt der Atrophie nicht im Nervengebiet, sondern nach functionellen Gruppen gehe.

Tagesordnung.

441) Bielschowsky und **Pollak**: Demonstration von Neuroglia-präparaten.

1. H. Bielschowsky leitet die Demonstration der nach der neuen schwierigen Weigert'schen Methode der Neurogliafärbung tingirten Präparate mit einigen Worten ein. Ausser den Kernen und einzelnen Bindegewebsfasern haben sich auch die Ganglienzellen und gröberen Axencylinder in gelblich grauem Farbenton abgehoben. Das Hauptergebniss ist, dass die Neurogliafasern chemisch und morphologisch vollständig von den Deiters-schen Zellen getrennte Gebilde sind. Nirgends sieht man eine Unterbrechung der Fasern. Es sei nothwendig, dass man sich dem Material ununterbrochen widme. Blöcke, welche längere Zeit in Alcohol gelegen haben, bieten für die Färbung keine günstigen Chancen mehr. Auch in Fällen, wo man alle Vorschriften stricte befolge, habe man keine Garantie für das

Gelingen. Die Färbung neige zum raschen Zerfall und es sei ein günstiges Resultat kaum noch zu erwarten, wenn man das Material später als 10 Stunden post mortem entnehme. Da man nun nicht gern vielleicht werthvolles Material einbüsst, habe Redner versucht, Schnitte, welche für die Neurogliafärbung vorbereitet waren, nach anderen Methoden zu färben und habe gefunden, dass Kernfärbung recht günstige Erfolge gebe. Auch die Markfärbung könne gelingen, wenn man die Präparate 24 Stunden der Brüttemperatur aussetzt.

2. H. Pollak hat einen Querschnitt des Opticus ausgelegt, an dem man sich von dem thatsächlichen Hinweglaufen der Fasern über die Zellen überzeugen kann, anders wie in dem zum Vergleich aufgestellten Golgipräparat. Ferner sieht man in einem Rückenmarkspräparat die Vermehrung der Neuroglia in den Hintersträgen. Die gelungene Färbung bei Syringomyeliepräparaten war von Interesse, weil sie schon mehrere Jahre in Kal. bichrom. gelegen hatten, während nach Weigert's Angaben dann eine Färbung nicht mehr möglich sei.

442) **Gumpertz:** Zur Pathologie der Hautnerven. (Autoreferat.)

In der Idee, über die Frage der peripherischen Neuritiden bei Tabes am Lebenden etwas zu ermitteln, hat Vortragender die Nervendegeneration — die nach Pitres und Vaillard in der Nähe der Haut am stärksten ist — in der Haut selbst zu verfolgen gesucht. Zunächst studirte er mit Heller das Verhalten der Nerven in normalen und pathologischen Hautpräparaten vermittelst der vom Letzteren veröffentlichten Methode der Osmiumfärbung und nachheriger Reduction und Oxydation.

In der Norm wurden stets Nervenfasern gefunden, über deren Zahl und Verlauf aber nichts feststand. Bei Dermatosen konnte man wenigstens entscheiden, ob Nerven bis an oder über die Grenze der Infiltration, Blutung, Neubildung etc. reichen. Bei der Hautuntersuchung Nervenkranker, wo eine solche Localisation nicht in Frage kommt, musste auf qualitative Veränderungen gefahndet werden. Um nun zu entscheiden, ob letztere in zweifellos pathologischen Fällen überhaupt nachweisbar seien, stellte Vortragender Thierversuche an.

Bisher hat nur Krause (1860) über Veränderungen in Vater'schen Körperchen bei 2 Affen berichtet, denen er den Ulnaris bezw. Medianus resecirt hatte. Da die Thiere stark tuberkulös waren und K. über den Befund der nicht operirten Seite nicht berichtet, so kann die Reinheit dieser Experimente angezweifelt werden.

G. durchschnitt bei Kaninchen den rechten Ischiadicus und entfernte aus demselben ein 1—1½ cm langes Stück. Neben Lähmung der Flexoren trat stets Anästhesie ein, die in der Mitte der Fusssohle am deutlichsten war.

Das erste Thier wurde nach 7 Wochen getödtet. Die Enden des Ischiadicus zeigten sich keulenförmig verdickt und durch eine schmale Brücke verbunden. Seine Aeste ergeben, nach Marchi behandelt deutlichen

Markzerfall. Die Hautäste der Fusssohle waren nicht zu isoliren. Im Gebiet der letzteren liess die nach Heller behandelte linke Sohlenhaut auf allen Schnitten gut gefärbte Nervenfasern erkennen, die zum Theil bis in die Spitze der Papillen reichten. (Demonstration von Präparaten und einer Photographie). In den der mittleren Sohlenhaut rechts entnommenen Schnitten fehlten diese Fasern vollkommen. In einigen Präparaten imponirte ein Stämmchen, welches ungefärbte Nervenröhren und schwarze Markschollen — ganz wie im Marchipräparat — aufwies. (Photographie). Dieses Stämmchen stellt aber lediglich einen im Unterhautzellgewebe der Hautoberfläche parallel verlaufenden macroscopishen Hautnerven dar.

In einer anderen Schnittreihe war ein gröberes aufsteigendes Bündel zu sehen, dessen Perineurium — nach Behandlung mit Alauncarmin — gequollen und mit dicken Kernen gefüllt erschien. Ob dies ein pathologischer Befund, lässt Redner dahingestellt.

Ganz gleiche Verhältnisse ergab die Untersuchung eines im Beginn der 6. Woche nach der Operation getödteten Thieres und eines spontan verstorbenen Kaninchens, dem H. Heller etwa 2 Monate zuvor Sublimat in den rechten Nervus ischiadicus eingespritzt hatte.

G. schliesst aus diesen Versuchen, dass auch die in die Haut hineingehenden Fasern an der Degeneration des Stammes Theil nehmen, indem ein Theil zu Grunde geht bezw. seine elective Färbbarkeit verliert und deshalb für unsere Augen verschwindet.

Zwischen der normalen Färbbarkeit und dem Fehlen derselben vermuthet G. eine Zwischenstufe, die einer früheren Degenerationsperiode angehören müsse. Es wurde ein dritter Resectionsversuch angestellt und das Thier am 9. Tage getödtet. Hier war noch keine Verwachsung der Schnittenden eingetreten. Auf der operirten rechten Seite liessen sich die Plantaräste gut isoliren, in frischen Osmium-Zupfpräparaten wurde starker Markzerfall festgestellt. Schnitte der zugehörigen Hautpartie ergaben rechts eine grosse Verarmung an Nervenelementen gegen links. Doch waren auch rechts Bündelchen zu sehen, die neben einzelnen gesunden Fasern andere mit fragmentirter Färbung und deutlichen Marktropfen aufwiesen. Bisweilen war jenseits der zerfallenen Markpartie der Nerv noch eine Strecke weit ungefärbt zu verfolgen. Ab und zu sieht man ferner schwarze Schollen, die sich nach Form und Anordnung mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit als Reste degenerirter Fasern ansprechen lassen. Entzündliche Erscheinungen von Bedeutung sind auch bei Carminfärbung nicht wahrzunehmen.

Nachdem Vortragender somit Kriterien für die Degeneration der Hautverzweigungen gewonnen, geht er zu seinen bei Krankheiten des Nervensystems gewonnenen Hautbefunden über.

Schnitte eines Falls von Neuritis ulnaris ergaben nicht ein einziges Nervenelement oder erkennbare Reste eines solchen. Die Neuritis war etwa $^3/_4$ Jahre alt. Es bestand Atrophie des Hypothenar und des Interosseum IV mit completer Entartungsreaction bezw. gänzlicher Unerregbarkeit, Thermodysästhesie im Ulnargebiet und Analgesie einer umschriebenen Stelle

des Ulnarrandes der Hand; von dieser Stelle war ein Hautstückchen excidirt und geschnitten worden.

Der Befund ist nach G. unzweifelhaft pathologisch und steht in auffallendem Contrast zu den in 2 Fällen von hysterischer bezw. functionell-traumatischer Anästhesie gewonnenen Resultaten. Trotz der in diesen Fällen weit grösseren Sensibilitätsstörung zeigten sich hier normal gefärbte Nervenfasern (Demonstration).

Es wäre denkbar, dass eine längere Zeit bestehende Neuritis gemischter Nerven unabhängig vom Sensibilitätsbefunde zu Entartung des in die Haut einstrahlenden Nerven führte: es wären dann z. B. bei typischer Bleilähmung ohne Anästhesie Veränderungen des Radialishautgebietes zu erwarten. G. nahm in einem solchen Fall eine Excision vom Dorsum des Zeigefingers vor und fand ungemein reichliche feine und allerfeinste bis in die Terminalkörperchen zu verfolgende Fasern, die er als normale anspricht.

In Hautschnitten, die Dr. Gauer bei Herpes zoster gemacht, erscheinen einzelne Fasern auffallend hell und körnig.

Nur in einem Falle von Tabes mit allgemeiner Hypalgesie konnte Vortr. eine Hautprobe vom Oberschenkel entnehmen. Das demonstrirte Präparat weist zwar Stellen auf, die nach G. mit einiger Wahrscheinlichkeit als zerfallende Markscheiden zu deuten sind. Daneben bestehen auch normale Fasern.

Redner schliesst mit dem Wunsche, dass das Verfahren an Krankenhausmaterial geübt und — wo dies angängig — durch eine auf das Hautnervensystem sich erstreckende Necropsie controlirt werde. Der Excisionsmethode könne gelegentlich ein practischer Werth zukommen, indem ihr Ergebniss bei der Differentialdiagnose zwischen organischer oder functioneller Anästhesie verwendet werde.

Discussion:

H. Heller: Auch vom dermatologischen Standpunkt spreche er die Bitte aus, den Degenerationsverhältnissen der microscopischen Hautnerven eine erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken. Das Studium derselben bei den verschiedenen Dermatosen habe er bereits seit langem betrieben. Die Erkrankungen des Nervensystems bilden ja die Grundlage für verschiedene Hautkrankheiten: z. B. für die Sclerodermie. Er werde auch über Befunde beim Pemphigus gelegentlich sprechen. Hier möchte er ein Resumé der Untersuchungen über das Verhalten der Nerven bei Hautkrankheiten geben. Zunächst bleiben die Nerven bei entzündlichen Vorgängen in der Haut, bei acuten Eiterungen ausserordentlich lange intact, was um so erstaunlicher erscheint, als wir in den Nerven leicht lädirbare Elemente erblicken. Ebenso bleiben sie bei syphilitischen Phänomenen unversehrt. Dagegen schwinden sie bei chronischen Entzündungsprocessen, bei Lupus und Narben. Bemerkenswerther Weise bleiben sie bei der Pityriasis pilaris intact, auch beim Erythema multiforme. Auch bei den spitzen Condylomen seien Nerven von ihm nachgewiesen. Er erwähne das, weil nach einer Arbeit aus Bonn in ihnen ein Reichthum von marklosen Nervenfasern gefunden

wurde. Davon habe er sich nicht überzeugen können. Er müsse den grössten Theil als Niederschläge betrachten. Mit Golgifärbung liessen sich ganz vereinzelte marklose und markhaltige Nervenfasern nachweisen. Schliesslich seien bei Herpes zoster Markveränderungen constatirt worden und auch bei Sclerodermie Markzerfall zu erkennen gewesen. Dagegen sei es bei ziemlich ausgedehnten Untersuchungen über Morbus Addisonii nicht gelungen, irgend welche Veränderungen in den peripherischen Hautnerven zu entdecken. Er behalte sich vor, eine Reihe von diesen Präparaten dem Urtheil der Gesellschaft zu unterbreiten.

443) **H. Bernhardt:** Historische Notiz.

In Bezug auf die retrograde Amnesie der Erhängten, eine Frage, die jüngst zu Controversen zwischen Möbius und Wagner geführt hatte, macht Redner die interessante Bemerkung, dass sie schon in einem 1828 erschienenen Roman von Walter Scott, „das schöne Mädchen von Perth", aufzufinden sei, daher damals schon bei den Aerzten eine bekannte Thatsache gewesen sein müsse. Ganz zufällig macht darin ein Arzt folgende Beobachtung bei einem erhängten und wieder zum Leben zurückgerufenen Menschen. Obgleich derselbe in anderer Beziehung wieder gesund wurde, erinnerte er sich nicht im geringsten, wie er das Gefängniss verlassen hatte, nicht an den Platz, wo er hingerichtet werden sollte, an die fromme Rede des Predigers, auch nicht, wie er auf den Galgen gekommen war.

Max Edel.

VI. Zur Tagesgeschichte.

Der Ausgang der Angelegenheit Scholz gegen v. Bodelschwingh.

Die in der Januarnummer dieses Blattes besprochene Angelegenheit Scholz gegen Bodelschwingh hat nunmehr ihren endgültigen Abschluss erreicht und zwar mit einer Rechtfertigung des anfangs unterlegenen Directors des St. Jürgenasyls. Das über diesen gefällte Urtheil des Bremer Senates hat seitens der bremischen Bürgerschaft eine starke Zurückweisung gefunden. Der inzwischen von der letzteren angenommene Bericht ihrer Commission bringt eine beachtenswerthe Kritik der Bielefelder Genossenschaft und möge hier kurz skizzirt werden.

Nach Ansicht der bremischen Bürgerschaft zeigte die aus zwei Senatoren bestehende „Inspection der Krankenanstalt in dem Bestreben, die Bielefelder zu behalten, der Bielefelder Leitung gegenüber „mehr Nachgiebigkeit, als nothwendig und mit der Stellung des Directors verträglich war." Das allein erklärt zur Genüge, dass es dem Letzteren unmöglich war, sich der Bielefelder zu entledigen. Herr von Bodelschwingh muss eines derartigen Wohlwollens seitens der Behörde sich erfreut haben, dass er ungescheut in der prätentiösesten Weise auftreten konnte. Dies beweist die Constatirung der Thatsache, dass er es versuchen konnte, schon 1885 in die

intimsten Angelegenheiten der Anstalt hineinzugreifen, indem er offen den Vorschlag machte, die Irrenabtheilung von der übrigen Krankenanstalt zu Bremen zu trennen. Man ersieht daraus, in welcher Weise seitens der Vorstände geistlicher Pflegerorden Einmischungen in die allerinternsten Angelegenheiten der von ihnen occupirten Anstalten gemacht werden können, denen der Arzt natürlich machtlos gegenübersteht, wenn die vorgesetzte Behörde kein Verständniss für die Tactlosigkeit derartiger Insinuationen besitzt. Als nach den laut Constatirung der Bürgerschaft zweifellos stattgefunden habenden Misshandlungen Geisteskranker seitens des Bielefelder Personals die Behörde eine Instruction mit dem Hinweis auf den Strafrichter für nöthig hielt, um die Organe des Herrn v. Bodelschwingh vor Ueberschreitungen zu warnen, erfolgte die Kündigung seitens Bielefelds mit der bekannten Motivirung der Besetzung Lengerichs und dem ergötzlichen Zusatz, „dass durch die Instruction das Vertrauen tief erschüttert sei". Es wird constatirt, dass Director Scholz damals schon „die vollständige Lösung des Verhältnisses mit Bielefeld am Platze" erklärte. Aus diesen Punkten ergiebt sich, dass der 1893 auf der Frankfurter Versammlung veröffentlichte Brief des Herrn Director Scholz an Herrn Geheimrath Zinn in keinem Punkte der Berichtigung bedarf und auch fortan eine Warnungstafel vor geistlichen Pflegeorden bleiben muss.

Trotz aller dieser Ereignisse, trotz des Widerspruchs des Herrn Director Scholz hat die Inspection der Bremer Krankenanstalt 1893 Herrn v. Bodelschwingh ein von diesem oft citirtes, zuerst mehrfach in falscher Form veröffentlichtes Leumundszeugniss ausgestellt, über dessen Werth kaum noch Zweifel bei Fachgenossen wird aufkommen können. Die Bürgerschaft bezeichnet in ihrer Revision es nun als einen höchst bedenklichen Mangel der Senatsuntersuchung, dass dieselbe nicht, wie verlangt war, die thatsächlichen Verhältnisse an der Krankenanstalt zum Gegenstande hatte, sondern sich von Anfang an gegen den Director richtete, sein Verhalten in den Vordergrund schob und die einzelnen Dinge von dem Gesichtspunkte einer Untersuchung gegen ihn beurtheilte. Es wird constatirt, „dass diese Untersuchung durch ein Mitglied der bei den Verhältnissen in der Anstalt wesentlich betheiligten Inspection erfolgte und mit einem Berichte derselben endigte." Diese Inspection musste nach dem von ihr ausgestellten Ehrenzeugnisse für Bodelschwingh alles daran setzen, die Desavouirung dieses Zeugnisses zu verhindern. Ein Arzt, der einer solchen Behörde unterliegt, darf gewiss sein, dass der ihm öffentlich angethane Affront lediglich auf jene zurückfällt.

Ferner trifft nach dem Berichte der Bürgerschaft der Vorwurf, nicht sofort durch disciplinares oder gerichtliches Verfahren volle Aufklärung des Sachverhaltes der Misshandlungen veranlasst zu haben, „ausschliesslich die Inspection, welche als Behörde auf die Anzeige des Directors verpflichtet gewesen wäre, eine genaue Feststellung des Thatbestandes zu veranlassen." Der Director genügte mit der Anzeige an seine Behörde seiner Pflicht. Die Commission nimmt an, dass bei dem Unterlassen der Untersuchung seitens der Inspection „eine gewisse Rücksichtnahme auf Bielefeld mitgewirkt habe".

Ueber den von solcher Iustiz gerichteten Director spricht sich die Bürgerschaft dahin aus, „dass er die in der Mittheilung des Senates und dem Berichte der Inspection erhobenen schweren Vorwurfe nicht verdient,“ sie bedauert die Art und Weise der Kündigung des um die Krankenanstalt und die nach dem Gutachten aller Sachverständigen zu einer Musteranstalt herausgebildeten Irrenanstalt wesentlich verdienten Mannes.“

Constatirt wird ferner die „Consolidität“ des dem Director als Gegner gegenüberstehenden Chefarztes der Chirurgischen Abtheilung mit den Bielefeldern. Als erhebliche Uebelstände der letzteren werden endlich folgende Punkte aufgeführt, die hier ihren Platz finden mögen, weil sie auf treffendste kennzeichnen, worauf sich Aerzte bei der Verwendung derartigen Personals gefasst machen müssen:

„Die Pfleger haben nicht allein ihre eigentliche Leitung ausserhalb der Anstalt und sind infolgedessen nicht der Disciplin der Anstalt und deren Directors und Behörde unterworfen, wobei auch der ohne Mitwirkung der Anstalt stattfindende Wechsel des Personals hervorzuheben ist, sondern sie sind von Haus aus geradezu angewiesen, ihre eigentliche Heimstätte in Bielefeld zu erblicken.“

„Das Pflegepersonal neigt infolge seiner religiösen Richtung dazu, in unangenehmer und im Interesse der Krankenpflege zu tadelnder Weise den Kranken mit Beten und religiösem Zuspruch sich aufzudrängen. Es liegt die Gefahr vor, dass die Bielefelder Pfleger . . . . den Kranken auch ohne deren Wunsch religiösen Zuspruch spenden und mit ihnen beten, sowie dass sie hierbei nicht diejenigen Grenzen einhalten, welche durch das Interesse der Krankenpflege geboten sind, indem sie z. B. den Kranken auf das nahe bevorstehende Ende hinweisen, und dass auf diese Weise nicht allein der Schwerkranke selbst, sondern auch die übrigen Kranken belästigt werden.“

Betrachtet man nun, wie sich zu diesem, scharf gegen das seinerzeit veröffentlichte Verdammungsurtheil des Directors contrastirenden unpartheiischen Bürgerschaftsconclusum der bremische Senat stellt, so kann man nur mit Bedauern constatiren, dass derselbe nicht die Billigkeit und den Freimuth besitzt, das nach der Prüfung der Bürgerschaft nicht zutreffende Urtheil der aus Senatsmitgliedern bestehenden Inspection zu corrigiren.

Seltsam muthet es an, wenn seitens des Senates in einem Moment alle gegen den Director erhobenen Anschuldigungen der Behörde aufrecht erhalten werden, und im nächsten zu der unter allseitigem Bravo der Bürgerschaft und Worten wärmster Anerkennung verlangten Bewilligung eines ehrenvollen Ruhegehaltes, würdevolle Zustimmung und weitestes Entgegenkommen versprochen wird! Difficile est, satiram non scribere! Wahrlich ein sonderbares Bild, diese Maassregelung eines verdienten Mannes durch die Staatsleitung im Widerspruch mit ihrer liberalen Volksvertretung.

Die Bürgerschaft hofft nunmehr und hat dem entsprechend Schritte gethan, „dass die Anstalt diejenigen Organisationen und Aenderungen erfährt, welche zweifellos geboten sind.“ — Die Bielefelder Leitung hat schon mehrmals ein so vorzügliches Witterungsvermögen entwickelt, dass ihre Kündigung wegen tiefer Vertrauenserschütterung vielleicht nicht lange auf

sich warten lässt. Hoffentlich wird sie nie wieder in die Lage kommen, als Motiv einer solchen Kündigung die Besetzung einer öffentlichen Irrenanstalt vorschützen zu können.

Wenn auch die Bürgerschaft es nicht vermocht hat, den Senat zur Zurücknahme der an den Director ergangenen Kündigung zu veranlassen, so hat sie doch de facto dem letzteren zum Siege verholfen. Ihr Votum, ehrend und anerkennend wie die seinerzeit an den Director ergangene Adresse der Mehrzahl seiner bremischen Collegen, wiegt mehr, als der tendenziöse Spruch seiner Behörde. Das Berl. Tageblatt schrieb im November 95 in dieser Angelegenheit, „dass der orthodoxe Geist im bremischen Senat Zuwachs seit einigen Jahren erhalten habe, dass der dort herrschende Opportunismus, das Bestreben, es nicht mit den höchsten Kreisen in Berlin zu verderben, den Liberalismus stark zurückgedrängt habe.“ Hier liegen die letzten Gründe der anfänglichen Niederlage des Director Scholz, dessen Rechtfertigung auf psychiatrischer Seite mit doppelter Freude begrüsst werden muss, weil sie aufs neue pastoralpsychiatrische Bestrebungen charakterisirt, und vor einem Hauptvertreter der letzteren warnt!

Dr. Dannemann (Giessen).

Inhalt des September-Hefts.

I. Originalien.

II. Bibliographische Notizen.

Jahresberichte.

Zeitschriften.

Neue Bücher.

III. Referate u. Kritiken.

A. Anatomie.

A. Nervenheilkunde.

I. Allgemeine Pathologie.

II. Specielle Pathologie.

a) Peripherische Organe.

Nr, 389) Maude: Alcoholic peripheral neuritis in advanced age.
Nr. 390) Goodall: On diphtheritic paralysis.
Nr. 391) Pruusgaard: Ulnaris-Neuritis bei secundärer Lues.
Nr. 392) Wiersma: Fälle von Hemiatrophia linguæ.
Nr. 394) Marina: Ein Fall von isolirter rechtsseitiger Hypoglossuslähmung höchst wahrscheinlich neuritischen Ursprungs.
Nr. 394) Marie: Sur un cas d'atrophie de la langue dans le mal de Pott sous-occipital.
Nr. 395) Vulpius: Halbseitige Zungenatrophie als Malum occipitale.
Nr. 396) Anna Gukowsky: Gekreuzte Hypoglossus- und Halbseitenlähmung.
Nr. 397) Cassirer u. Schiff: Beiträge zur Pathologie der chronischen Bulbär-Erscheinungen.
Nr. 398) Geronzi u. Carofalo: Einseitige Hypoglossus-Facialisläsion.
Nr. 399) Geronzi: Zur Kenntniss der unilateralen Bulbärparalyse.
Nr. 400) Zhukowskij: Fall von halbseitiger Hypertrophie
Nr. 401) Arnheim: Ein Fall von halbseitiger congenitaler Hypertrophie.

b) Rückenmark.

Nr. 402) Lloyd, Hendric: The spinal cord in pernicious anæmia.
Nr. 403) Westphal: Ueber einen Fall von traumatischer Myelitis.
Nr. 404) Raymond: Sur un cas d'hématomyélie présumé du ronflement cervical.
Nr. 405) Minor: Klinische Beobachtungen über centrale Hämatomyelie.
Nr. 406) Bielschowsky: Ein Fall von Morvan'scher Krankheit.
Nr. 407) Bourneville: Parésо-analgesie des extrémités supérieures avec panaris analgésiques ou maladie de Morvan; hémiplégie droite et paraplégie inférieure.
Nr. 408) Runge: A case of syringomyelia and its diagnostic difficulties.
Nr. 409) Raymond: Syringomyélie atypique (type Brown-Séquard).
Nr. 410) Hanod u. Meunier: Gomme syphilitique de la moelle épinière ayant déterminé un syndrome de Brown-Séquard bilatéral avec dissociation syringomyélique.
Nr. 411) Raymond und Nageotte: Deux cas de tumeur du canal rachidien comprimant la moelle.
Nr. 412) Bruns: Klinische und pathologisch anatomische Beiträge zur Chirurgie der Rückenmarkstumoren.

3. Therapie.

Nr. 413) Oppenheim: Ueber einen Fall von Tumor der Wirbelsäule.
Nr. 414) Apostoli: Un cas d'impuissance virile traité par l'électrothérapie.
Nr. 415) Friedländer: Experimentelle Untersuchung über die Wirkung des constanten Stromes bei traumatischer peripherischer Lähmung.
Nr. 416) Massy: Sur la valeur thérapeutique d'électricité dans la paralysie spinale infantile.
Nr. 417) Wertheim-Salomonson: Die Genauigkeit der faradischen Untersuchung.
Nr. 418) Jolly: Ueber Pellotin als Schlafmittel.
Nr. 419) Reinbach: Ueber die Resultate der Thymusfütterung bei Kropfleidenden.
Nr. 420) Allen Starr: Wesen und Behandlung der Basedow'schen Krankheit.
Nr. 421) Milla: I progressi della cura tiroidea.
Nr. 422) Vassale: L'organoterapia e in modo speciale la tireoterapia.
Nr. 423) Irsai, Vas, Gara: Einfluss der Schilddrüsenfütterung auf den Stoffwechsel Geisteskranker.
Nr. 424) Magnus-Levy: Versuche mit Thyreo-Antitoxin und Thyrojodin.
Nr. 425) zum Busch: Zur Frage des Thyrojodismus.
Nr. 426) Hennig: Ueber Thyrojodin.
Nr. 427) Mainzer: Zur Behandlung amenorrhoischer und climacterischer Frauen mit Ovarialsubstanz.
Nr. 428) Mond: Das gleiche Thema.
Nr. 429) Gilles de la Tourette: Diagnostic et traitement du tic douloureux de la face et de la migraine.
Nr. 430) Sabouulay: La section de sympathique cervical dans l'exophthalmie
Nr. 431) Erb: Die Therapie der Tabes.
Nr. 432) Lange: Nervepatologiske Notitser.
Nr. 433) Koch: Et Tilfælde af Epilepsi, behandlet med Trepanation.
Nr. 434) Weissgerber: Ueber 2 Fälle operativ behandelter Rindenepilepsie.
Nr. 435) Williams: Depressed fracture of the skull; traumatic amnesia aphasia; recovery without operation.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XIX. Jahrgang. 1896 October. Neue Folge VII. Bd.

I. Originalien.

Ueber amnestische Schreibstörungen.

Von Dr. med. FERDINAND MAACK,

pract. Arzt in Hamburg.

Ribot schildert in seinem Buch: „Das Gedächtniss und seine Störungen"*) zuerst die Depressionen des Gedächtnisses, die Amnesien, sodann die Steigerungen desselben, die Hypermnesien. Die Amnesien zerfallen nach ihm in allgemeine und partielle. Unter den partiellen Amnesien fesselt uns besonders der zweite Abschnitt: die Amnesie der Zeichen, speciell der Schriftzeichen.

Ein partiell amnestischer Kranker hat alle oder einige Schreibbewegungen vergessen. Er ist z. B. nicht mehr im Stande, mit dem Laut s die Bewegungen, die zum Schreiben dieses Buchstabens nöthig sind, zu verbinden. Das motorische Schreibcentrum ist defect, demgemäss auch seine Verbindung mit dem Hörcentrum. Das hier deponirte Klangbild kann sich nicht mehr cortical associiren mit dem dort deponirten Schreibbewegungsbild. Das Erinnerungsbild des Klanges s und das Erinnerungsbild der Schreibbewegung s können nicht mehr zusammen functioniren, und zwar deshalb nicht, weil die Erinnerung der betreffenden Schreibbewegung ausgefallen ist, weil die „motorischen Residuen" verwischt sind. Es liegt eine „Krankheit des motorischen Gedächtnisses" vor. Wir haben es mit einer wirklichen, directen Schreibstörung zu thun. Der Patient schreibt z. B. statt „Scheibe" „cheibe", weil er die Schreibbewegung s nicht innerviren kann; statt „Wetter" „Wette", weil er das r „nicht machen kann".

---

*) Hamburg, 1882.

Natürlich ist es dabei von grosser Bedeutung, ob der Patient es weiss, dass er den Buchstaben nicht mehr machen kann und es bemerkt, dass er ihn auslässt, oder ob er von seinem speciellen Unvermögen sich und anderen keine Rechenschaft geben kann und richtig geschrieben zu haben glaubt.

Im letzten Fall ist zur Störung in dem corticalen Schreibcentrum noch eine solche im transcorticalen „Begriffscentrum“ hinzugetreten; zur „Gehirnkrankheit“ noch eine „Geisteskrankheit“; zur „Krankheit des Projectionssystems“ (zu dessen Endstätte u. a. das corticale Schreibcentrum gehört) noch eine „Krankheit des Associationsorgans“. (Wernicke.*)

Dem entgegengesetzt war ich selber einmal als Einjähriger Arzt nicht im Stande, ein grosses deutsches *K* zu schreiben. Die motorischen Residuen für die nur in den untersten Schulklassen ausgeführte *K*-Bewegung waren mir „spurlos“ verloren gegangen. Ich hatte den Buchstaben seit ca. 15 Jahren weder gesehen — wenigstens nicht auf ihn geachtet — noch geübt.**) So peinlich mir diese Gehirnkrankheit (allerdings eine sehr unschuldige, aber immerhin eine solche) auch war, ich musste doch mich dazu entschliessen, den Lazarethgehülfen zu consultiren. Mit seiner Hülfe konnte ich dann vorschriftsmässig an das „Königliche . . . . .“ schreiben.

Uebrigens kommen ja Gehirn- und Geisteskrankheiten („Projectionskrankheiten“ und „Associationskrankheiten“, wie man sie kurz nennen könnte, wenn man weiss, um was es sich handelt) auch zusammen vor. Die progressive Paralyse nimmt eine solche vermittelnde Stelle ein (Wernicke). Die paralytischen Schreibstörungen werden dadurch so mannigfaltig und characteristisch, dass Erlenmeyer sie zur Eintheilung pathologischer Schriftformen verwendet hat.***)

Wenn wir nunmehr zu unserem Patienten mit seiner „cheibe“ und seinem „Wette“ zurückkehren, so müssen wir bei näherer Ueberlegung bezüglich der Art der Amnesie und der Schreibstörung noch einer anderen Möglichkeit Raum geben, einer Möglichkeit, an die ein Laie wohl gar zuerst gedacht haben würde.

Der Patient könnte nämlich das s in Scheibe und das r in Wetter hinzuschreiben überhaupt vergessen haben. Patient hat durchaus nicht die Fähigkeit verloren, den gehörten Buchstaben s graphisch zu reproduciren, sondern er hat lediglich seine Aufmerksamkeit nicht ausreichend angespannt. Er war flüchtig, zerstreut und „verschrieb sich“ daher. Von anderer Seite auf diese Auslassungen aufmerksam gemacht oder spontan beim Wiederlesen des Geschriebenen, sieht er sofort den Fehler und kann ihn corrigiren.

In diesem Falle läge keine partielle motorische Amnesie vor, sondern es würde sich entweder um eine allgemeine Amnesie handeln, vielleicht progressiver Natur, welche sich anfangs nur in partiellen Störungen äussert,

*) Grundriss der Psychiatrie. Leipzig 1894., Erste Vorlesung.

**) Ich schreibe das K mit dem Federzug des griechischen Kappas. Nach meinen Erfahrungen ist diese K-Form stets specifisch für die Diagnose: Gymnasialbildung.

***) Die Schrift. Grundzüge ihrer Physiologie und Pathologie. Stuttgart 1879, p. 20.

oder das Gedächtniss wäre überhaupt nicht gestört und würde nur momentan nach anderer Richtung hin von der Aufmerksamkeit in Anspruch genommen, wie sich z. B. beim raschen Hinwerfen von Gedanken, eigenen oder vorgetragenen, auf das Papier die Buchstaben überstürzen.

Verweilen wir bei dem zuletzt Erwähnten noch einen Augenblick. Wenn man äusserst schnell schreibt, lässt man nicht nur Buchstaben, Silben und Worte aus (ohne dass es deswegen, wie gesagt, erlaubt ist, von graphischen Gedächtnissstörungen zu sprechen), sondern bildet auch unwillkürlich neue Schriftzeichen. Diese sind allerdings meistens nur Torso's der früher gelernten Zeichen. Es ist nun interessant zu beobachten, dass nicht nur andere Personen, sondern oft der Schreiber selbst, namentlich nach einer gewissen Zwischenzeit, nicht mehr im Stande ist, das Geschriebene zu lesen und zu verstehen. Psycho-physiologisch gesprochen rührt diese Unfähigkeit davon her, dass in Folge der Schnelligkeit des Schreibprocesses erstens die Modification der Nervenelemente, der Ganglienzellen, nicht hinreichend stark war, der Reiz der verstümmelten Buchstaben nicht genügend kräftige motorische Spuren hinterliess und dass zweitens die Associationen der Centra für Klang- und Schrift-Erinnerungsbilder zu locker geknüpft wurden, als dass eine genaue Reproduction erfolgen konnte. Zu einer guten Erneuerung psycho-physischer Zustände gehört aber vor allen Dingen eine gute Aufbewahrung. Je besser die „statischen Grundlagen" des Gedächtnisses (die organischen Modificationen; moleculare Schwingungen?) und je besser die „dynamischen Grundlagen" (Ribot) (die Associationen) sind, desto besser die Reproductionen.

Also, um oben wieder anzuknüpfen, eine motorische Amnesie läge nicht vor. Es läge ferner gar keine wirkliche directe Störung des corticalen Schreibmechanismus vor, sondern die Schreibstörung wäre lediglich eine functionelle, eine Folge der allgemeinen Amnesie oder sonstiger psychischer Zustände, also nur indirecter Natur.

Schon Neisser*) empfahl aus theoretischen und practischen Gründen „diejenigen Krankheitsvorgänge, welche die Schreibethätigkeit unmittelbar und direct alteriren, auseinanderzuhalten von denjenigen, welche nur indirect einen Einfluss auf die Gestaltung der schriftlichen Productionen ausüben. Dass nicht selten beide Momente in demselben Krankheitsfalle wirksam sein können, beeinträchtigt nicht das Naturgemässe dieses Eintheilungsprincips."

Ob nun in einem concreten Fall die Schreibstörung eine directe genuine, organisch-corticale, projective ist oder eine indirecte, consecutive, functionell**)-transcorticale, associative ist, das lässt sich oft erst feststellen, nachdem man sich lange Zeit und nicht bloss patho-grapho-kinetisch (wie ich von Schreibbewegungsstörungen sprechen möchte) mit dem Patienten beschäftigt hat.

---

*) Die Handschrift. Blätter für wissenschaftliche Schriftkunde und Graphologie. Unter Mitwirkung von Erlenmeyer und Preyer herausgegeben von Langenbruch. 1895, Nr. 6, pg. 86.

**) Functionell mit Bezug auf das Schreiben; an sich vielleicht ebenfalls organisch. (Veränderung des molecularen Aufbaus der Neuronen.)

Desgleichen giebt eine genauere allseitige Untersuchung uns erst Aufschluss darüber, ob eine partielle oder allgemeine Amnesie vorliegt und welcher Art letztere ist, ob temporär (Epilepsie), ob periodisch („doppeltes Bewusstsein", Hysterie, Hypnose), ob progressiv (Paralyse, senile Atrophie), ob angeboren (Idiotie, Imbecillität, Cretinismus) (Ribot).

Ja, eine genaue Untersuchung kann erst entscheiden, ob überhaupt eine Amnesie vorliegt oder nicht, resp. ob man in dem concreten Fall von einer „amnestischen" Störung sprechen darf oder nicht.

Ueber dieses Adjectiv herrscht nämlich unter den Autoren keine Uebereinstimmung.

Einige verwerfen den Ausdruck bei den eigentlichen directen, genuinen Sprach-, Lese- und Schreibstörungen gänzlich, indem sie ihn auf die indirecten, consecutiven Formen beschränken. In diesem Sinne hat Grasbey eine „amnestische Aphasie" beschrieben. „Sie beruht auf einer Gedächtnissschwäche und characterisirt sich dadurch, dass zwar der Kranke hört und versteht, auch vollkommen alles sprechen, lesen und schreiben kann; aber eine Störung der spontanen Sprache zeigt sich darin, dass der Kranke den Namen eines vorgehaltenen Gegenstandes nur so lange finden kann, als er den Gegenstand sieht und auch dann nur dadurch, dass er, jeden Buchstaben einzeln aufschreibend, dieses Wort fixirt und dann abliest. Wird das Object entfernt und nach einiger Zeit wieder gezeigt, so erinnert sich der Kranke nicht, es eben gesehen zu haben. Auch beim spontanen Sprechen findet er manches Wort nur dadurch, dass er, Buchstaben nach Buchstaben einzeln aufschreibend, dasselbe fixirt und dann abliest. Die Gedächtnissschwäche ist also so gross, dass der Kranke nicht nur vergisst, was er soeben erst gesehen hat, sondern dass seinem Gedächtniss von einem auszusprechenden Wort der erste gefundene Buchstabe wieder entschlüpft, wenn er den folgenden producirt; er erreicht durch das Aufschreiben der Buchstaben das, was sein Gedächtniss nicht leisten kann, die Fixirung der bereits producirten Buchstaben. Sind die Buchstaben fixirt, so kann er das Wort leicht aussprechen, er kann also ohne Störung lesen." *) Hier lag also nur eine scheinbare Sprachstörung vor, welche indirect durch eine generelle Gedächtnissschwäche zu Stande kam.

Erlenmeyer dagegen definirt**) die „amnestische Agraphie" als „Ausfall der optischen Erinnerungsbilder des einzelnen Buchstaben". Bedenkt man aber, dass die Schreibbewegungsbilder genau ebenso „Erinnerungsbilder" sind, wie die Schriftbilder, so ist nicht einzusehen, warum eine Amnesie nur mit sensorischen (optischen und acustischen), nicht auch mit motorischen Erinnerungsbildern verknüpft werden soll.

Ribot zeigt denn auch in der That, dass „die Amnesie der Zeichen sich besonders auf die motorischen Elemente erstreckt." ***)

Wer hat nun Recht? Alle.

---

*) Malachowski: Versuch einer Darstellung unserer heutigen Kenntnisse in der Lehre von der Aphasie. Leipzig 1888, p. 22,

**) a, a. O p. 38.

***) a. a. O. p. 107.

Wollte man ganz correct verfahren, so müsste man — da der Inhalt des Bewusstseins nichts anderes*) ist als ein Complex von Erinnerungsbildern (Wernicke) — an *alle* psychischen Thätigkeiten den Maassstab des Gedächtnisses legen. Dies würde aber practisch zu weit führen und unbequem sein. Wir beschränken uns daher darauf, *von amnestischen Schreibstörungen nur da zu sprechen, wo der ganze Sprech-, Lese- und Schreibmechanismus intact ist, daneben aber eine allgemeine Gedächtnissschwäche besteht, welche unter Umständen den graphischen Mechanismus functionell alteriren kann.*

Abgesehen von dieser amnestischen Agraphie sind alle übrigen Formen von Agraphie völlig eindeutig und scharf bestimmt durch die Worte motorisch und sensorisch (optisch oder acustisch), sowie durch die Bezeichnungen cortical, subcortical, transcortical und „Leitung" (Wernicke). Z. B. eine corticale sensorische Agraphie besteht, wenn das occipitale Depôt von Erinnerungsbildern der gesehenen Schriftzeichen zerstört ist, im Verlust der Fähigkeit zu copiren, während das Schreiben nach Dictat erhalten ist, wenn das temporale Depôt von Klangbildern intact ist. Es kann überhaupt noch geschrieben werden, auch spontan, weil das motorische Schreibcentrum nicht lädirt ist.

Man findet in jeder Abhandlung über Aphasie und verwandte Zustände eine andere Eintheilung. Am übersichtlichsten dürfte folgende sein:

I. Sprechen
- 1. ohne Verständniss
  - α) Gehörtes.
  - β) Gesehenes.
  - γ) Spontan.
- 2. mit Verständniss α, β, γ.

II. Schreiben
- 1. α, β, γ.
- 2. α, β, γ.

Also zwei centrifugale Wege (Sprachcentrum — Zunge etc.; Schreibcentrum — Hand etc.) sind vorhanden und drei centripetale Wege (Ohr — Hörcentrum und weiterhin Sprach- oder Schreibcentrum; Auge — Sehcentrum und weiterhin Sprach- oder Schreibcentrum; Stirnhirn — Sprach- oder Schreibcentrum). Der letztgenannte centripetale Weg wird nur aus practischen Gründen als ein besonderer *hingestellt*.

Das Lesen fällt unter die Rubrik: Gesehenes sprechen.

Bei allen diesen Sprech- und Schreibthätigkeiten spielen die sensorischen und motorischen *Erinnerungsbilder* die grösste Rolle. Gerade weil sie es aber bei *allen* thun, braucht ihre Störung nicht jedesmal — noch weniger bald hier, bald dort — erwähnt zu werden.

Nunmehr sei es gestattet, das vorstehend Gesagte durch einen concreten Fall zu illustriren.

---

*) Wenn man ausser erworbenen auch noch „angeborene" Vorstellungen gelten lassen will, so sind letztere als phylogenetische, erstere als ontogenetische Erinnerungsbilder zu betrachten.

Zunächst, was die Pathographokinetik*) betrifft:

Halten wir uns an unsere oben mitgetheilte Uebersicht der in Betracht kommenden Sprech- und Schreib-Bewegungen, so fragen wir: kann der Patient:

1. Gehörtes schreiben (Dictatschreiben)? Dictirt wurde „gleichgültig", „Italienische Ausstellung", „Generalanzeiger". Patient schrieb: „geichgültig", „Itaieniche ausstellung", „Generanzeiger". Er liess also Buchstaben, Buchstabentheile und Silben aus, nämlich: l; l, s, Haken über dem u; al.

In dem folgenden langsam dictirten Stammbuchvers liess Patient die fettgedruckten Zeichen beim Schreiben aus:

Für das kurze Menschenleben
Ist die Freundschaft viel zu schön;
Ewigkeiten muss es geben,
Wo sich Freunde wiedersehn.

Es muss noch notirt werden, dass Patient sehr langsam schreibt: zu „gleichgültig" gebrauchte er 1 Minute; zu „Italienische Ausstellung" 2 Minuten; zu „Generalanzeiger" 1¼ Minute.

Patient hatte volles Verständniss für das Dictirte und Geschriebene; sah, darauf aufmerksam gemacht, ein, dass er verkehrt geschrieben und konnte es corrigiren.

Wir fragen nun weiter: Kann der Patient

2. Gesehenes schreiben (zunächst Buchstaben, also copiren)? Abgeschrieben werden sollte aus einer Zeitung: „Eine Millionen-Erbin. Das 30jährige Dienstmädchen Hulda Baer" — —. Patient liess einen Verbindungsstrich, einen Punkt und ein e aus und schrieb das Wort „jährige" als „jihärge". Statt „nicht abgeliefert, sondern für sich verausgabt. Der nunmehr wegen Unter" — — — schrieb Patient ab: „nicht abgeliefielfert sondern für sich verausgabt Der nunmeh wegen unter".

Man erkennt, dass Patient nach einer Vorlage richtiger schreibt, als nach einem Dictat. Beim Copiren wurden 10% Fehler gemacht, beim Dictatschreiben 18%.**) Es liegt dies nicht daran, dass Patient beim Copiren Buchstabe für Buchstabe getrennt hinschreiben konnte; denn man schreibt und liest stets buchstabirend. Patient buchstabirte z. B. un-

*) Der Ausdruck „Pathographokinetik" ist wissenschaftlich präcise und gerechtfertigt, weil „wir eben nur aus Bewegungen auf Vorgänge schliessen, die im Bewusstsein (im Organ des Bewusstseins) eines Anderen vor sich gehen. „Je mehr Sie Geisteskranke wirklich sehen und ihre Symptome kennen lernen werden, desto mehr werden Sie sich überzeugen, dass schliesslich nichts Anderes zu finden und zu beobachten ist als Bewegungen, und dass die gesammte Pathologie der Geisteskranken in nichts anderem besteht, als den Besonderheiten ihres motorischen Verhaltens". (Wernicke, a. a. O. p. 13). — „Auch die Schrift ist, physiologisch gesprochen, nichts als der sichtbar gemachte Ausdruck von Einzelbewegungen der vom Gehirn aus commandirten Muskeln. Vom Gehirn aus commandirt! — darin eben liegt der Schwerpunkt. Nicht das wohlgeordnete Muskelspiel allein thut es, sondern es ist der individuelle geistige Impuls . . . ., welcher dem Werke unserer Hand auch einen Stempel unserer geistigen Persönlichkeit aufdrückt, unserer Stimmung, unserer Gewohnheiten, ja selbst unserer Art zu fühlen und zu denken und der Schrift das verleiht, was man ihren Character nennt." (F. Scholz: Die Handschrift. Bremen 1885, p. 13.)

**) Der Fehlerprocentsatz ist nach einer grösseren Anzahl Proben, als der hier mitgetheilten, berechnet worden.

mittelbar vor dem Schreiben die dictirten Wörter „Fensterscheibe“ und „Generaloberst“ vollkommen correct und schrieb doch: „Fenstercheibe“ und „Genraloberbers“. Dass Patient verhältnissmässig gut copirt, hat seinen Grund darin, dass er stets etwas vor sich hat, woran er sich halten kann, dass sein Gedächtniss stets die Stütze bei der Hand hat. Patient dreht denn auch beim Copiren fortwährend den Kopf von der Vorlage zur Abschrift hin und her. Auch das Copiren geht äusserst langsam von Statten.

Patient zeigt für Vorlage und Copie volles Verständniss.

Ihm wurden sodann Gegenstände vorgelegt, deren Benennung er aufschreiben sollte, ohne vorher die Wörter ausgesprochen zu haben. Er erkannte alle Gegenstände und weiss, wozu sie gebraucht werden. Bei „Taschenmesser“ schreibt er statt sch ch; bei „Bürste“ lässt er die Striche über dem ü und das r aus.

Endlich wurde geprüft, ob der Patient

3. Spontan schreiben konnte?

Er schrieb: „Gesten gestern war schlecht wetter“ und (einen Monat später) „das wette wierd schon herbstmeesig“. Er versteht, was er schreibt.

Vom Alphabet schrieb er nur die ersten 5 Buchstaben richtig hin und schrieb dann noch weitere 11 verkehrt. Zum Hinschreiben der 16 Buchstaben (wozu ich selber ca. 7 Secunden gebrauche) gebrauchte der Patient 7 Minuten. Das mündliche Hersagen des Alphabets ging übrigens besser.

Die Zahlen können richtig der Reihe nach geschrieben werden, auch nach Dictat, wenigstens, was die Einer und Zehner betrifft. 1895 wird verschieden geschrieben, je nachdem dictirt wird. „Eintausend achthundert und fünfundneunzig“ = 100080095 oder „Achtzehnhundert fünf und neunzig“ = 180095. Kleine Zahlen können richtig addirt und subtrahirt werden, mündlich und schriftlich.

Ueberblicken wir die Schreibstörungen, so haben wir nach psychischer Richtung hin Dysgrammatismen; ausserdem nach mechanischer Richtung hin einen Tremor.

Erstere sind vorwiegend reine Auslassungen von einzelnen Buchstaben und deren Theile, seltener Wiederholungen und Umstellungen, niemals aber Verwechselungen.

Bedenkt man ferner, dass die weggefallenen Buchstaben bald diese bald jene, also keineswegs immer dieselben sind, dass Patient selber bemerkt, dass und welche Buchstaben er ausgelassen hat; dass er besser abschreiben als nach Dictat schreiben kann; dass er volles Wort-, Schrift- und Objectverständniss hat u. s. w. — so kann man hieraus mit Bestimmtheit schliessen, dass die Schreibstörung keine directe, sondern eine consecutive ist und zwar die Folge einer allgemeinen Gedächtnissschwäche, welche sich unter Anderem auch in dem Vergessen von Buchstaben-Hinschreiben ausspricht. Wir haben es also mit einer amnestischen Agraphie zu thun, und zwar nicht mit einer totalen Agraphie, sondern mit einer partiellen, also mit einer „amnestischen partiellen Agraphie“.*)

*) Nicht mit einer „partiell-amnestischen Agraphie“. Bezieht man das Adjectiv partiell auf die Amnesie, so denkt man leicht an eine directe Schreibstörung. Wir beziehen es auf die Agraphie; denn über die Ausdrücke Dys- und Paragraphie herrscht auch keine Uebereinstimmung.

Diese Diagnose — wir kennen ja den Patienten bisher nur nach der pathographokinetischen Richtung! — wird nun weiterhin gestützt durch die Untersuchung der Sprach-Bewegungen. Wir erfahren, dass keine Sprachstörungen s. str. vorliegen; denn Patient kann Gehörtes (Nachsprechen), Gesehenes (Lesen; Wortbezeichnungen) und spontan, und zwar mit Verständniss, sprechen.

Sodann wird die Diagnose weiterhin dadurch gestützt, dass auch das übrige psychische Verhalten Gedächtnisstörungen aufweist, z. B. bei der Arbeit. Patient ist Claviertischler. Wenn er herausgefunden hat, dass eine Taste nicht gut anschlägt, hat er, sobald er es ändern will, wieder vergessen, welche Taste es war. Dadurch wird er dann confus und kommt in der Arbeit nicht vorwärts. Dies soll auch, wie er sagt, der Grund zu seiner Dienstentlassung gewesen sein. Er selber giebt zu, an Gedächtnissschwäche zu leiden. Die Jugenderinnerungen sind bei ihm gut, spätere und jüngste Ereignisse werden nicht mehr exact aufgenommen, aufbewahrt und können daher auch nicht genau reproducirt werden.

Fragen wir nun weiter, welchen Grund die Gedächtnissschwäche haben mag, so können wir auch diese Ursache allein schon aus der Schrift eruiren. Der Tremor wird uns in positivem Sinne und die fehlende Ataxie in negativem Sinne in Verbindung mit der Amnesie verrathen, dass es sich hier um eine senile Amnesie handelt.

Gefestigt wird diese Diagnose dann durch die weitere Untersuchung des Patienten, durch Ausschliessung anderer Ursachen für den Tremor, vor allem aber dadurch, dass wir erfahren, dass der Patient 78 Jahre alt ist.

Wir haben absichtlich den Gang der Untersuchung in dem mitgetheilten Fall einer senilen amnestischen partiellen Agraphie vom Speciellen zum Allgemeinen vorschreiten lassen, um den hohen wissenschaftlichen Werth der Pathographokinetik zu zeigen, der ja auch schon längst von hervorragenden Männern anerkannt ist. Die Schreibbewegungen bilden einen specifischen Theil der gesammten Bewegungen, des ganzen motorischen Verhaltens eines Menschen. Sie unterliegen also denselben allgemeinen individuell-einheitlich geregelten Gesetzen. Aber sie besitzen den Vortheil eines sehr feinen und frühzeitigen Reagens auf motorische Störungen.

Uebrigens, so verwickelt und difficil der ganze Act des Schreibens — von der Hirnrindenoberfläche bis zur Papierfläche — auch ist, so überraschend einfach sind die Bewegungen, welche die Federspitze ausführt. Preyer hat kürzlich*) eine Analyse der Schriftzeichen geliefert und gezeigt, dass es sich hierbei nur um 4 Elemente handelt: 1. Richtung der Bewegung der Federspitze (Schriftcompass); 2. Länge des Federstrichs (Richtungsdauer); 3. Breite des Federstrichs (Druck- und Haarstrich); 4. Unterbrechung der Federbewegung (Pause). Alles Geschriebene setzt sich aus diesen „vier Variabeln" zusammen. Sobald dieselben nun ein „Zuviel" (+) oder ein „Zuwenig" (—) aufweisen nach dem Durchschnittsmaassstabe, den die Majorität normaler Individuen uns kennen lehrt, haben wir es mit der Pathographokinetik zu thun.

*) Preyer: Zur Psychologie des Schreibens. Hamburg 1895, p. 55.

II. Vereins- und Versammlungsberichte.

I.

Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten zu Berlin

Sitzung am 13. Juli 1896.

444) Vor der Tagesordnung: H. **Silex** demonstrirt ein 3jähriges Kind mit Amaurose nach Blepharospasmus Das etwas scrophulöse, sonst gesunde Kind wurde Anfang 1896 von einem Augenarzt wegen leichter Keratitis phlyctænulosa ziemlich heftig maltraitirt, so dass der Zustand sich verschlimmerte und es 15 Wochen die Augen nicht mehr aufmachte. Am 15. Juni kam es in die Kgl. Augenklinik, wo es in milder Weise behandelt wurde; seit 12 Tagen macht es die Augen wieder auf, das Kind ist blind. Davon überzeugt man sich, wenn man eine Rütsche an die Erde legt und es darauf zulaufen lässt. Es hat sich ein reges Tastgefühl entwickelt, mit dem es Gegenstände, wie Kamm, Schlüssel leicht erkennt. Es ist ein sehr aufgewecktes Kind, das auf alle Fragen eingeht. Vorgehaltene Gegenstände erkennt es mit den Augen auf keinen Fall, es hat aber eine Empfindung von hell und dunkel bei Anzündung eines Lichtes, was auch der vorhandenen Pupillenreaction entspricht. Dagegen ist es nicht im Stande, den Bewegungen der vorgehaltenen Lichtquellen zu folgen. Nach 8—14 Tagen wird das Kind vermuthlich wieder normales Sehvermögen haben. Bei der Frage, was vorliegt, kann zunächst eine Störung des Sehapparates bis zur Reflexübertragung in den Vierhügeln nicht in Betracht kommen. Der Bulbus ist normal, Retina ohne Veränderungen. Man hat behauptet, dass durch Excavation Blindheit bei langem Zuhalten der Augen entsteht; indessen sieht man wieder beim Aufmachen nach 4 Wochen. Ganz anders ist es, wenn man das Auge fest zudrückt und Atrophie der Netzhaut hervorbringt. Eine peripherische Sehstörung liegt nicht vor. Zweitens könnte der Process sich im Hinterhauptslappen abspielen. Zuerst kann man an Hysterie denken. Das Kind hat kein einziges hysterisches Symptom. Doppelseitige hysterische Amaurose ist ungemein selten. Bei einseitiger ist das Sehen ganz anders. Die Patienten zucken nicht, wenn wir mit dem Finger auf's Auge kommen. Dass das Auge sich doch am Sehact betheiligt, erhellt daraus, dass beim Stereoscop sofort volle Sehschärfe erzielt wird. Dann ist Seelenblindheit zu erwägen. Davon kann keine Rede sein, das Kind sieht eben nicht. Nun könnte man an Rindenblindheit denken. Ob das objectiv nachweisbar ist, darüber habe er keine Erfahrung. Es würde heissen, dass das optische Wahrnehmungscentrum ausgefallen ist, während für das einfallende Licht Empfindung besteht. 4. könnte man sagen, das Kind habe das Sehen verlernt. Dagegen sprechen zwei Punkte. Einmal müsste es wieder so zu lernen anfangen wie ein Neugeborenes. Ein solches sieht schon am 6., 7. Tage nach der Lichtquelle; dieses Kind aber sollte mit seinem sonst regen Geist hinter einem neugeborenen Kinde zurückstehen? Zweitens erkannte das Kind Gegenstände, die es während eines Vierteljahres nicht gesehen hatte, sofort wieder. Wenn es das verlernt hätte, hätte es sich erst den Namen sagen lassen müssen.

Endlich kann man sagen, man wisse nicht, um was es sich hier handelt. Denn damit, dass man davon spricht, es müssen hier circulatorische Störungen eingetreten sein, sei nichts gewonnen.

Discussion.

H. Oppenheim fragt, ob Beziehungen zu der Amaurosis ex anopsia bestehen.

H. Silex antwortet, dass diese von der Berliner Schule nicht anerkannt wird und dass es sich aus den angegebenen Gründen nicht um ein Verlernen des Sehens handeln könne.

H. Graef stimmt mit dem Vortragenden darin überein, dass der Krankheit ein Vergessen des Sehens nicht zu Grunde liegen kann, glaubt aber nicht nothwendig an einen cerebralen Process denken zu müssen. Die Untersuchungen aus den letzten Jahren weisen darauf hin, dass die Störung auch auf der Retina liegen könne. Diese stellt eine photographische Platte dar, in der sich die Sehsubstanz fortwährend erneuert. Hier sei ein Auge, das dem Druck ausgesetzt ist. Es könnte nun sein, dass eine Störung der von der Choriocapillaris abgesonderten Sehsubstanz eintritt, also im Wesentlichen eine Adaptationsstörung. In letzter Zeit ist von Förster und Anderen nachgewiesen, dass eine grosse Anzahl von Erkrankungen auf nichts weiter als auf einer fehlerhaften Absonderung der Sehsubstanzen beruhen, so die acute Hemeralopie. Zweitens könnte die lange Einwirkung der Dunkelheit unter Einfluss des gereizten Auges eine Wirkung ausüben. Redner knüpft an eine kürzlich erschienene Arbeit aus der Kgl. Academie der Wissenschaften zu Brüssel an. Das Kind lerne zuerst wie aus tiefer Dämmerung das Licht sehen. Dann, wenn das Licht erst ein paar Tage eingewirkt habe, sehe es auch auf einmal alle Gegenstände wieder.

H. Silex: Das Kind hat gar keine hemeralopischen Erscheinungen. Es müsste die Netzhaut eine eigenthümliche photographische Platte sein, wenn sie 14 Tage brauchen sollte, bis sie reagirt.

Tagesordnung:

4. 5) H. **Oppenheim** und H. **Cassirer**: Zur sogenannten neurotischen Form der progressiven Muskelatrophie.

Für die in Deutschland zuerst von Hoffmann beschriebene progressive neurotische Muskelatrophie, der dieser Autor als anatomisches Substrat eine chronische interstitielle Neuritis und eine secundäre Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks vindicirt hatte, sind später zahlreiche klinische Belege erbracht worden, während nur 2 Fälle mit Section von Duboeuille und Marinesco mitgetheilt wurden. In diesen beiden fand sich zwar die chronische interstitielle Neuritis und die Degeneration der Hinterstränge im Rückenmark, bei M. jedoch auch noch Ganglienzellveränderungen in den Vorderhörnern. Diese und die Differenzen im klinischen Bilde mahnen zur Vorsicht in der Verallgemeinerung der bisherigen Befunde. Vortr. verfügen über einen weiteren Fall mit Sectionsbefund. Bei einem hereditär nicht belasteten Arbeiter entwickelt sich im Laufe zweier Jahre unter Schmerzen eine atrophische Paralyse im Peroneusgebiete beiderseits und in einzelnen kleinen Handmuskeln, mit partieller Entartungsreaction, ohne Sensibilitätsstörung. Ausserdem hochgradige Paralyse beider Mm. orbiculares

palpebr. Im weiteren Verlauf sehr langsames Fortschreiten des Processes auf die Wadenmuskulatur und Triceps und Supinator longus an den oberen Extremitäten. Keine Hypertrophie. Tod an fieberhafter Angina 9 Jahre nach Beginn des Leidens. Die microscopische Untersuchung ergiebt Integrität des gesammten centralen und peripheren Nervensystems bis auf unwesentliche Veränderungen; in den Muskeln das für primäre Myopathien characteristische Bild, alle Stadien der Muskelfaseratrophie, vereinzelt auch Hypertrophie, Vermehrung und Kernreichthum des Bindegewebes und des Fettgewebes. Bemerkenswerth ist das Vorkommen von Entartungsreaction in diesem Falle. Klinisch hatte an einen den Dystrophien ähnlichen Process nur die Parese der Orbiculares oculi denken lassen. Auch in den in der Litteratur niedergelegten klinischen Fällen von progressiver neurotischer Muskelatrophie sind solche Anklänge vorhanden. Pathogenetisch dürfte dem vorliegenden und den ihm ähnlichen Fällen eine Mittelstellung zwischen den Polymyositiden mit Ausgang in Muskelatrophien (Schultze) und den Dystrophien anzuweisen sein. Jedenfalls beweist die Beobachtung, dass das Krankheitsbild der progressiven neurotischen Muskelatrophie anatomisch nicht genügend sicher fundirt ist.

Discussion.

H. Goldscheider: Die Untersuchung zeigt, dass wir auf dem Gebiet der Muskelatrophien immer Ueberraschungen erleben. Er habe folgendes Bedenken: Der erhobene Befund müsse doch unsere ganzen Anschauungen über die Entartungsreaction umstossen, da wir sie auf die Degeneration der Nerven zurückführen. Wie sollen wir uns bei intacten Nerven Entartungsreaction denken? Ehe unsere Anschauungen über dieselbe ins Schwanken gerathen, spreche er den leisen Zweifel aus, ob unsere Methoden zur Erkennung der feinsten Nervenveränderungen genügende sind.

H. Oppenheim: Es sind ja auch sonst schon bei primären Myopathien ähnliche Befunde gemacht worden. Wir können nur versichern, dass hier auf Grund der pathologisch-anatomischen Befunde das Bild einer primären Myopathie vorliegt. Nun können wir ja ins Gebiet der Hypothese treten und sagen, hier liegen noch feinere Veränderungen der Nerven vor. Diese Einwände werden sich nie widerlegen lassen.

H. Goldscheider: Dass solche Fälle mitgetheilt sind, wisse er wohl. Gegen diese ist dasselbe zu sagen wie gegen diesen Befund. Man solle ihm nachweisen, worauf die Entartungsreaction beruht. Er glaube, es müssen doch Veränderungen in den intramusculären Nervenendigungen bestehen.

H. Bernhardt bezweifelt H. Goldscheider gegenüber, ob der genaue Nachweis solcher Veränderungen möglich ist, da bei primärer Muskelerkrankung die feinsten Nervenendigungen wohl mitleiden. Um bei primärer Muskelerkrankung ohne Affection der Nerven das Verhalten der Entartungsreaction zu studiren, habe er früher Thiere durch trichinenhaltiges Fleisch inficirt. Dadurch wurde eine Myositis trichinosa erzeugt, ohne dass dabei zunächst an eine directe Affection der Nerven gedacht werden konnte. Er empfiehlt das Experiment zur Wiederholung. Ob nun hier die feinsten Nervenendigungen mitleiden, lasse sich vielleicht heute mit den verbesserten

Methoden nachweisen, andererseits könne durch genaue electrische Untersuchung etwa grössere Klarheit gewonnen werden.

H. Benda: Bei einem Fall von typischer Muskelatrophie, der mit allen Hilfsmitteln untersucht sei, liessen sich in den stark degenerirten Muskeln die Nervenendplatten mit einer Vollständigkeit nachweisen, wie er sie überhaupt noch nicht bei Normalen gesehen habe. Ob Entartungsreaction vorgelegen habe, wisse er nicht.

H. Goldscheider: Selbstverständlich werden bei einer hochgradigen Myositis auch die Nervenendplatten ergriffen werden können. Aber hier handle es sich darum, ob bei einer Degeneration der Pyramidenbahnen auch die Vorderhornzellen befallen werden. Wir ständen doch jetzt ganz anders zu dieser Frage als früher.

446) **H. Flatau**: Pathologisch-anatomischer Befund bei einem Falle von peripherischer Facialislähmung. (Autorreferat.)

Es handelt sich um einen 34jährigen Klempner, welcher im August 1895 ins Krankenhaus Moabit wegen Lungenkrankheit aufgenommen wurde. Hier wurde ausser Phthisis pulm. eine linksseitige peripherische VII- und VIII-Lähmung constatirt. Letztere hatten ihre Ursache in einer otitis media tuberculos. sin Sonst war am Nervensystem nichts Pathologisches zu constatiren. In dem befallenen Gebiet des VII wurde vor dem Tode eine complete Entartungsreaction in den Muskeln sowohl als oberem und unterem Facialis constatirt. Exitus erfolgte im Januar 1896. Anatomisch wurde der ganze Hirnstamm, ferner der peripherische Facialis und der m. buccinatorius untersucht. Der Hirnstamm wurde nach der Marchi'schen Methode behandelt und serienweise geschnitten. Vom peripherischen Facialis und dem Muskel wurden ausserdem Präparate mit Carmin, Nigrosin, Pikrinsäure-Säurefuchsin und Alaunhämatoxylin angefertigt. Die microscopische Untersuchung ergab folgendes: Der centrale Abschnitt des peripherischen VII zeigte in seinem ganzen intramedullären Verlaufe eine deutlich ausgesprochene Degeneration; auch das basale Stück des linken VII war entartet. Man sah auf der linken Seite im VII schwarze Degenerationsschollen eingebettet, die kettenartig angeordnet den Verlauf der degenerirten Nervenfasern markiren. Der Kern des linken VII zeigte deutliche Veränderungen in den Zellen, indem dieselben aufschwollen und aufgebläht waren und in ihren Conturen nicht scharf erschienen. Zwischen den Zellen fanden sich feine degenerirte Fasern verlaufen. Die Fasern der aufsteigenden VII-Wurzel, ferner die des Mittelstücks und der austretenden VII-Wurzel zeigten eine stark ausgeprägte Degeneration mit Ausnahme vereinzelter gelb aussehender Fasern. Was den linken N. acusticus anbetrifft, so zeigte der N. cochlearis eine deutliche Degeneration, während der N. vestibularis ohne Veränderung erschien. Die Degeneration des N. cochlearis verlor sich hauptsächlich im ventralen Kern, in welchem man in grosser Ausdehnung schwarze Körnchen sieht. Ausserdem zog ein schmales degenerirtes Bündel an der lateralen Fläche des corpus rectiforme und schickte degenerirte Faserzüge in das corpus rectiforme selbst hinein.

Im peripherischen linken Facialis sah man in einem Stück schwarze Degenerationsschollen; an einzelnen Stellen waren zahlreiche bindegewebige Herde zu sehen, welche den ganzen Nerven zerklüfteten. Im Nerv war kein erhaltener Axencylinder zu sehen.

Im Muskel war die Querstreifung verloren und die gesammte Muskelsubstanz sah in Marchi'schen Präparaten wie mit feinsten, schwarzen Punkten bestäubt aus. Am Carminpräparat sah man im Muskel Rundzelleninfiltration und bindegewebige Wucherung.

Fasern, welche intramedullär von Oculomotorius-, Abducens- und Hypoglossuskernen kommen und sich dem austretenden Facialis beigesellen sollen, sah F. in seinen Präparaten nicht; dagegen sah er 1. ein deutliches Bündel, welches vom austretenden Facialis beginnend an der ventralen Seite des ovalen Mittelstücks medialwärts zieht und in der Raphe eine gewisse Strecke zu verfolgen ist. Dieses Bündel entspricht vollkommen dem von Obersteiner abgebildeten gekreuzten Facialiszug. Dieses von Kölliker als fibræ arcuatæ int. gedeutete Bündel stellt also sicher einen gekreuzten Facialiszug dar; 2. konnte man an der Serie der Präparate auf eine Strecke von ca. 1 mm den proximalen Theil im (linksn degenerirten) Facialis mit dem distalen Abschnitt des motorischen V-Kerns zusammentreffen sehen; 3. der als gekreuztes Trigeminusbündel beschriebene und bei Obersteiner deutlich abgebildete Faserzug stellt nur in seinem proximalen Abschnitt einen zusammengehörigen einheitlichen Faserzug dar; dagegen ist er in seinem distalen Abschnitte gemischt, indem sein medialer Theil dem austretenden Facialis und sein lateraler Theil dem Trigeminus angehört. Auf der rechten Seite stellen diese beiden anatomisch ganz verschiedenen Bündel einen scheinbar zusammengehörigen Faserzug dar.

Die hier sicher constatirte Degeneration, die nach einer Läsion der peripherischen Nerven nicht nur im peripherischen Theil, sondern auch im ganzen Abschnitt dieses Nerven und im Kern desselben zu verfolgen war, steht im Gegensatz zum Waller'schen Gesetz, nach welchem immer nur der peripherische von der Zelle abgetrennte Theil des motorischen Nerven der Degeneration verfallen soll. Vortragender betrachtet den ganzen Process nicht als eine aufsteigende Neuritis, sondern meint, dass nach einer Läsion der peripherischen motorischen Faser das ganze Neuron von der Zelle aus zu Grunde geht. Dies resultirt aus den Arbeiten, die theils mit der Gudden'schen Methode (Gudden, Forel, Mendel u. A.), theils mit der Marchi'schen (Darkschewitsch, Bregmann), theils nach der Nissl'schen Alcohol-Methylenblaumethode (Nissl, Flatau) gemacht worden sind.

Um den Vorzug der Marchi'schen Methode zu illustriren, stellt Vortragender Präparate von Myelitis transversa acuta im mittleren Dorsalmark vor. Während man im Cervicalmark in Marchi'schen Präparaten eine deutliche Degeneration der Goll'schen Stränge sieht, zeigen die nach Weigert behandelten Schnitte eine unscharf ausgeprägte, mehr keilförmige Entartung; ferner zeigten die Marchi'schen Präparate im unteren Lumbal- und im Sacralmarke eine deutlich zu sehende Degeneration in den Vordersträngen, während an analogen Weigert'schen Präparaten dies nicht zu constatiren war. Vortragender empfiehlt die Marchi'sche Methode bei Erkrankungen des Nervensystems in Anwendung zu ziehen.

447) **J. Westphal**: Demonstration von Präparaten über die Markscheidenentwicklung der Gehirnnerven des Menschen. (Autorreferat.)

Die Untersuchungen bilden die Fortsetzung einer früheren Arbeit des Verfassers über die Markscheidenentwicklung im peripherischen spinalen

Nervensystem des Menschen (Archiv für Psychiatrie, Bd. XXVI, Heft 1) Es sollte festgestellt werden, ob die Markscheidenbildung der Gehirnnerven des Menschen in ihrem extracerebralen Verlauf bei der Geburt bereits abgeschlossen ist oder ob die Bildung des Markes erst ganz allmählig, noch in später postembryonaler Zeit vor sich geht, wie es W. für das spinale Nervensystem nachgewiesen hat.

Die Untersuchungen wurden an den Gehirnnerven, einer grösseren Anzahl jugendlicher Individuen (8 Neugeborene, Kinder von 3, 6, 9 und 10 Wochen, sowie von $1^1/_4$ und 2 Jahren) angestellt. Zur Anwendung kam in erster Linie die Färbung der Markscheiden durch Osmiumsäure. Der N. olfactorius wurde wegen seines ganz besonderen, von den übrigen Gehirnnerven abweichenden histologischen Verhaltens von der Untersuchung ausgeschlossen.

W. weist an der Hand zahlreicher microscopischer Präparate nach, dass erhebliche Unterschiede in der Ausbildung der Markscheiden der Gehirnnerven bei der Geburt des Kindes vorhanden sind. Es treten diese Unterschiede evident zwischen den motorischen Nerven einerseits, den sensiblen, sensorischen und gemischten Nerven andererseits hervor.

Die motorischen Hirnnerven sind bei der Geburt bereits entwickelt, sind zusammengesetzt aus Fasern mit deutlichen schwarzen Markscheiden (Osmium).

In scharfem Contrast hierzu stehen die sensibeln und sensorischen Nerven. Es sind dieselben bei der Geburt sehr weit zurück, mit Ausnahme des Acusticus, welcher in den von W. untersuchten Fällen schon bei der Geburt aus markhaltigen, stark varicösen Fasern bestand.

Am unentwickeltsten ist der N. opticus in seinen distalen Abschnitten; weiter proximal nahm einmal die Markentwicklung deutlich zu, so dass das Chiasma häufig schon aus gut markhaltigen Fasern zusammengesetzt ist, ein Verhalten, welches bereits von Flechsig[1]) und Bernheimer[2]) nachgewiesen ist.

Es folgt der sensible Trigeminus und der Glossopharyngeus, die bei der Geburt sehr unentwickelt sind, so dass auf dem Querschnitt grünliche Fasern und helle Querschnitte die markhaltigen Fasern weit überwiegen.

Weiter in der Entwicklung als diese Nerven ist der N. vagus, der ja zahlreiche motorische Fasern enthält.

Doch steht auch der Vagus in der Markentwicklung weit hinter den rein motorischen Hirnnerven zurück.

Interessant ist es, dass Ambronn und Held (Berichte über die Verhandlungen der Kgl. Sächsischen Gesellschaft der Wissenschaften zu Leipzig 4. Februar 1895) mit einer von W.'s ganz abweichenden Methode — durch Untersuchung des Nervenmarks im polarisirten Licht — dieselben Unterschiede in der Markscheidenentwicklung an den Gehirnnerven eines einen halben Tag alten Kaninchens constatiren konnten.

---

[1]) Die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark des Menschen. Leipzig 1896).
[2]) Ueber die Entwicklung und den Verlauf der Markfasern im Chiasma, Nervorum opticorum des Menschen. (Habilitationsschrift. Heidelberg 1883.)

Was nun die Weiterentwicklung der Markscheiden der sensibeln Hirnnerven betrifft, demonstrirt W., dass in der dritten Lebenswoche bereits ein deutlicher Fortschritt in der Markbildung besteht und dass sehr zahlreiche freie Axencylinder auf besonders lebhafte Entwicklungsvorgänge in den Nervenbündeln hinweisen. In der 6. Woche ist noch ein deutlicher Unterschied in der Markentwicklung zwischen motorischen und sensiblen Nerven nachweisbar.

In der 9. Woche ist dieser Unterschied nicht mehr vorhanden, so dass wohl von dieser Zeit an der Zustand allgemeiner Markreife in den peripherischen Gehirnnerven besteht.

Zum Schluss weist der Vortragende auf die Unterschiede in der Faserbreite zwischen motorischen und sensiblen Nerven hin und macht auf die mannigfachen Berührungspunkte mit den Entwicklungsvorgängen im peripherischen spinalen Nervensystem aufmerksam, in welchem allerdings die Markreife sehr viel später, als bei den Gehirnnerven, eintritt.

448) **A. Lilienfeld:** Ueber einen Fall von Hysterie (mit Krankenvorstellung). (Autorreferat.)

Besprechung und Demonstration eines Falles von Hysterie, der sowohl durch eine Reihe ungewöhnlicher Symptome als auch durch die auffällige Beeinflussung dieser durch die hypnotische Suggestion bemerkenswerth ist. — In erster Linie zeigte die 47jährige Patientin, Lehrerin in einer Gemeindeschule, das Symptomenbild der Diathèse de contractures: plötzliches, durch die mannigfachsten Reize bedingtes Eintreten von Contracturen in verschiedenen Muskelgebieten, wie dasselbe in Frankreich sehr häufig (Charcot und Richer, Berlez u. A.), in Deutschland hingegen bisher noch nicht beschrieben worden ist. Im vorliegenden Fall traten diese Contracturen vorwiegend in der Wadenmuskulatur auf, so dass der Fuss in Varo-equinus-Stellung kam und die Kranke im Gebrauch der Beine sehr behindert war, indess wurden nicht selten auch andere Muskelgebiete, namentlich auch die Bauchmuskulatur, von dem Krampf befallen. Derselbe kam zu Stande durch einen Stoss oder eine sonstige mechanische Erschütterung des betreffenden Körpertheils, durch festes Umschnüren desselben, dann durch thermische Reize, ferner durch Schreck, sowie durch hypnotische Suggestion u. a., und konnte aus dem Bein, z. B. durch eine kräftige Dorsalflexion des Fusses, durch Faradisiren des Beines oder aber ebenfalls durch hypnotische Suggestion immer rasch wieder zum Schwinden gebracht werden. — Des weiteren zeigte Patientin eine eigenartige Veränderung der Handschrift, welche, zum Theil wohl durch den gleichzeitig bestehenden Tremor bedingt, keineswegs lediglich auf diesen zurückzuführen war. Auch hier war die hypnotische Suggestion von auffallender Wirkung: die vorher fast unleserliche Schrift zeigte nach derselben eine vollkommen normale, ja kalligraphisch vollendete Beschaffenheit, die anhielt, bis sie durch irgend ein die Kranke erregendes Moment, einen Schreck oder dergleichen, von Neuem den abnormen Character annahm. — Das gleiche war der Fall mit einer erst in letzter Zeit aufgetretenen, articulatorischen Sprachstörung, die — von wechselnder Intensität und offenbar durch eine plötzlich sich einstellende Bewegungshemmung der Zunge bedingt, gleichfalls durch hypnotische Suggestion immer rasch wieder beseitigt werden konnte. — Auch

einer Anzahl weiterer Symptome gegenüber zeigte sich die Hypnose von günstigem Einfluss, insbesondere gilt dies von profusen Diarrhöen, an welchen die Kranke zeitweilig litt und welche, jeder anderen Therapie trotzend, durch hypnotische Suggestion sofort unterdrückt wurden. —

L. demonstrirt an der Patientin die oben genannten Symptome, sowie auch deren Beeinflussung durch die Hypnose. Die eigenthümliche Veränderung der Schrift wird ausserdem in einer grösseren Zahl von Schriftproben erläutert. — Zum Schluss betont L., dass es ihm fernliegt, in der hypnotischen Suggestion etwa ein specifisches Heilmittel der Hysterie zu erblicken, er vielmehr lediglich die gelegentliche Anwendung derselben als eines symptomatischen Mittels in Fällen wie dem vorliegenden für gerechtfertigt hält. — Max Edel-Dalldorf.

II.

Neurologisch-Irrenärztlicher Congress für Frankreich und das französische Sprachgebiet.

Siebente Tagung, Nancy, 1.—6. August 1896.

(Quellen: Revue neurolog. IV, Nr. 15—17; Journ. de neurol. et d'hypnolog., I, Nr. 18—20; la médecine moderne VII, Nr. 62—65.)

448) **Séglas**: Pathogenese und pathologische Physiologie der Gehörshallucinationen.

I. „Die Hallucination ist eine Wahrnehmung ohne Object", sie ist eine pathologische Form der Wahrnehmung. Die Illusion ist die Wahrnehmung eines äusseren Objects, aber in nicht entsprechender Form. Von Gehörs-Hallucinationen sind ferner zu unterscheiden die wahnhaften Interpretationen normaler Wahrnehmungen, die Pseudohallucinationen, lebhafte reproducirte Vorstellungen ohne den Character des Aussenweltlichen, und schliesslich die motorischen Verbalhallucinationen. S. theilt die Gehörswahrnehmungen ein in rohe (einfache Klangempfindungen), differenzirte (auf ein sie hervorbringendes Object bezogen) und verbale. Den ersten entsprechen die elementaren Gehörshallucinationen, den zweiten die gewöhnlichen Gehörshallucinationen, den letzten die verbalen Gehörshallucinationen. Die verschiedenen Hallucinationen können einen peripherischen oder centralen Ursprung haben; die peripherischen können durch einen Reizzustand des Sinnesapparats oder durch einen äusseren Reiz hervorgerufen werden, können also objectiv oder subjectiv sein; sie können ferner direct oder reflectorisch sein. Beispiele: Eine Thür wird zugeschlagen, der Kranke hört dabei einen Zuruf (periphere objective directe Hallucination.) — Ein Kranker hört, so lange es dunkel ist, nichts, sobald Licht gebracht wird, hört er unanständige Worte (periphere objective Reflexhallucination). — Ein Kranker hört bei jeder Berührung der Haut das Wort „Spinne" (periphere, subjective Reflexhallucination).

Die Gehörshallucination kann sich mit anderen Hallucinationen associiren oder combiniren, kann ferner unilateral oder bilateral sein.

Es existiren 4 Haupttheorien der Hallucinationen: die peripherische nimmt die Reizung peripherer Sinnesnerven als Ursache an. Die intellec-

tuelle führt die Hallucination auf psychische Vorgänge zurück, die gemischte Theorie verbindet die ersten beiden; die physiologische Theorie stützt sich auf die Existenz von besonderen sensorischen Vorstellungscentren; sie nimmt theils die Mitwirkung infracorticaler Centren, theils Reizzustände corticaler Sinnescentren an.

Nicht alle Hallucinationen entsprechen einem neuropathischen oder psychopathischen Zustande; sie können auch bei corticalen Herderkrankungen auftreten; Läsionen des peripheren Apparats können Hallucinationen herbeiführen, es muss aber dabei stets das entsprechende Centrum in Action treten.

Die Hallucination ist ein in die Aussenwelt verlegtes Erinnerungsbild. Es ist eine offene Frage, welche Rolle dabei die Sinnesorgane spielen. Auch in Fällen, wo das Element: Empfindung vollständig zurückgetreten, das Erinnerungsbild isolirt zu sein scheint, wird die Hallucination stets von einer gewissen Zahl äusserer Wahrnehmungen begleitet und getragen. Es giebt Hallucinationen mit und ohne Läsionen des Hörapparats, welche durch subjective Empfindungen hervorgerufen oder das Ergebniss eines Eindrucks von Seiten eines äusseren Objectes sind. Indessen ist diese Empfindung nur die Gelegenheitsursache der Erscheinung; das Element Empfindung ist reducirt, das Element Erinnerungsbild erheblich gesteigert.

Eine allgemeine Theorie der Gehörshallucinationen hält S. heute noch für unmöglich, der einzige über Baillarger hinaus gemachte Fortschritt ist die Erkenntniss, dass die corticalen Centren nothwendiger Weise beim Zustandekommen der Hallucinationen mitwirken.

In der Discussion spricht sich Vallon dahin aus, dass alle Hallucinationen centralen Ursprungs wären, periphere Reize, sei es nun aus dem Sinnesapparat oder aus der Aussenwelt führten, wenn sie falsch interpretirt würden, nicht zu Hallucinationen, sondern zu Pseudohallucinationen und Illusionen.

Ballet hält mit Séglas die Ableitung der Gehörshallucinationen von Reizen des Gehörscentrums für ungenügend; alle klinischen Merkmale der corticalen Epilepsie zeigten, dass ihre Entstehungsbedingungen andere seien, als die der Hallucinationen. Die Hallucination ist ein viel mehr intellectuelles Phänomen, als die Epilepsie, multiple corticale Elemente wirkten bei der Entstehung der Hallucination zusammen, hinter ihr stände ein bestimmter Geisteszustand. Die Reizung des Hörcentrums ist nothwendig, aber nicht hinreichend zur Production der Hallucinationen. — Régis tritt lebhaft für das Vorkommen unilateraler Hallucinationen ein und schliesst daraus, dass bei ihnen die Kopfhaltung, der entsprechende einseitige Verschluss des Auges oder Ohrs etc. die Hallucinationen beeinflussten, auf die regelmässige Intervention des Sinnesapparats bei ihnen und damit bei den Hallucinationen überhaupt. Er selber lege grossen Werth auf die ohrenärztliche Untersuchung bei Gehörshallucinanten. Die Hallucination wäre zwar vorwiegend corticosensorielles Phänomen, hinge aber in vielen Fällen von einer Reizung des sensorischen Apparats an irgend einem Punkte seines Verlaufs ab. — Marie betont die Verwerthung pathologisch-anatomischer Thatsachen; in einem seiner Fälle wären psychomotorische Hallucinationen einer Lähmung vorausgegangen, die Section ergab eine Hämorrhagie.

Serbski tritt für die subcorticale Theorie von Kandinski ein. — Pitres hebt die Bedeutung der Beobachtung Amputirter für die Unterscheidung von Hallucinationen und Illusionen hervor; sie sprächen für die Nothwendigkeit einer peripheren Reizung für das Entstehen von Illusionen, vielleicht wäre eine beständige periphere Reizung im Stande, das Zustandekommen von Hallucinationen zu erleichtern.

450) **Garnier** (Paris): Die Internirung der Geisteskranken.

Die Internirung des Irren in einer Irrenanstalt ist nach G. meistens das einzige Mittel, eine zweckmässige Behandlung desselben zu ermöglichen. Unter den beiden „elementaren“ Formen erfordert die Manie am dringendsten die Isolirung, die leichteren Formen der Melancholie können ebenso gut oder besser ausserhalb einer Anstalt heilen, Selbstmordtendenz und Hallucinationen machen die Internirung nöthig; Paralytiker, die kein Delir haben, — sie sind nach Garnier nicht selten — gehören nicht unbedingt in Anstalten. Die senilen Dementen „gehören nicht in die Irrenanstalten, wo sie nur den Platz beschränken“, sie sind aber auch störend für gewöhnliche Krankenhäuser; G. fordert für sie Special-Asyle ohne Aufnahmebeschränkung. Die Paranoiker mit Verfolgungsdelir bedürfen am dringendsten der Aufnahme. Epileptiker, Hysterische, Imbecille, Alcoholisten finden in den heutigen Anstalten nicht die passende Behandlung. Der Epileptiker kann geistig normal und doch seiner Erwerbsunfähigkeit wegen der Hospitalisirung bedürftig sein, deshalb gehören die Epileptiker principiell nicht in Irrenanstalten. Die gelegentliche Internirung der episodisch geisteskranken Degenerirten und Debilen ist keine Lösung der Frage, was mit ihnen geschehen soll. Die Internirung der gelegentlich geisteskranken Trinker ist nach G.'s Darstellung in Frankreich eine ebenso prekäre Sache wie bei uns.

Die Entlassung verbrecherischer und gefährlicher Irren und Epileptiker, deren Psychose geheilt erscheint, macht auch in Frankreich besondere Schwierigkeiten; diese wären nach G zu vermeiden, wenn besondere Sicherungsanstalten begründet würden; die für dieselben bestimmten gefährlichen Personen wären nur auf Grund eines, kraft ärztlichen Gutachtens, gefällten Gerichtsbeschlusses aufzunehmen, und ihre Entlassung hätte gleichfalls durch den Richter nach Anhören einer Specialcommission zu erfolgen.

In seinen Endthesen betont G. die armenrechtliche Seite der Anstaltspflege, verlangt no-restraint, Verringerung der Grösse der Anstalts-Abtheilungen („services“), heitere Ausstattung der Anstalten, Acker- und Gartenarbeit, mehr Visitenstunden für Angehörige, Liberalität in vorläufiger Entlassung harmloser, grössere Strenge bei Entlassung gefährlich gewesener Pfleglinge! Er spricht sich gegen die Trennung in Heil- und Pflegeanstalten, für die Entlastung der Anstalten durch Ausscheidung der Siechen und senil Dementen aus; schliesslich verlangt er für rückfällige Alcoholisten bei der Entlassung dieselben Cautelen wie für irre Verbrecher.

Charpentier verlangt besondere Fürsorge für senile Psychosen, geistig gesunde Epileptiker, Hysterische, Idioten, viele Imbecille und Zurückgebliebene. Bourneville verlangt möglichste Erleichterung der Aufnahmen, welche — wie in Paris, wo die freiwilligen Zugänge beständig wachsen — die Abneigung gegen die Anstalten am meisten verringern

würde. Rouby schildert die jetzigen Missstände in England, seitdem dort die Gerichte bei dem Aufnahmeverfahren an die Stelle der Verwaltungsbehörden getreten sind. Giraud verlangt bessere psychiatrische Vorbildung der beamteten und experten Aerzte. Marie ist für besondere Heilanstalten und eigene Asyle für chronische Fälle. In den gemischten Anstalten wäre die Zahl der Heilungen Neuaufgenommener geringer als in den reinen Heilanstalten. Delmas führt aus, dass viele acute Fälle ausserhalb der Anstalt schneller heilen, was auch social für sie besser wäre. Paris will geheilten Irren in besonderen Fällen es erlaubt sein wissen, freiwillig in der Anstalt zu verbleiben.

451) **Lamarcq**: Die Symptomatologie des Tremors.

Man sagt, dass ein Körpertheil zittert, wenn er um seine Gleichgewichtsstellung rythmisch hin und her oscillirt.

L. unterscheidet: Tremor in der Ruhe (Typus: der Tremor der Schüttellähmung). — Tremor bei willkürlichen Bewegungen (Typus: der Tremor der multiplen Sclerose). — Nach der Zahl der Oscillationen: 1. Langsamer Tremor, 3—5 mal in der Secunde (Schüttellähmung, seniler Tremor). — 2. Mittlerer Tremor, 6—7 mal in der Secunde (multiple Sclerose). — 3. Schnellschlägiger Tremor, 8—9 mal in der Secunde (Basedow, progressive Paralyse). Für manche Fälle reicht diese Classification nicht aus.

Der Tremor ist nicht immer eine pathologische Erscheinung; Pitres hat unter 1000 Personen, die normal waren, 400 gefunden, deren Hände zitterten. Dieser normale Tremor unterscheidet sich in nichts von dem affectiven Tremor, er ist schnellschlägig, hat Schwingungen von kleiner Amplitüde. Denselben Tremor hat P. bei verschiedenen Neurosen gefunden: bei Hysterischen beiderlei Geschlechts mit 34 %, bei (139) Neurasthenikern mit 85 %, unter 51 Epileptikern, wovon 23 Männer, 28 Weiber waren, 10 mal, also bei 20 %, nämlich bei 7 Männern und 3 Weibern, unter 25 Geisteskranken „vésaniques“) hatten 7 Tremor. Tremor ist also bei Neurasthenikern sehr häufig, bei Epileptikern selten. Bei einer anderen Untersuchungsreihe (790 Normale) fand P., dass die Augenlider häufiger zittern als Hände oder Zunge; letztere allein zitterte bei 6, 45 %.

Tremor findet sich oft an einem Theile, dessen übrige Abschnitte, arythmische Zuckungen zeigen; so finden sich bei der Friedreich'schen Ataxie choreiforme Bewegungen neben Intentionszittern; solche Uebergänge finden sich auch bei Quecksilber und Bleiintoxication. Bei demselben Kranken findet sich manchmal Ruhetremor neben Intentionstremor. Eine mit Ruhetremor beginnende, zunächst als Schüttellähmung imponirende Affection kann in Basedow, in multiple Sclerose übergehen. Die symptomatologische Bedeutung des Tremors ist also variabel. Der rein functionelle Tremor ist noch nicht von dem, welcher Symptom von Läsionen ist, zu trennen. Der vibratorische Tremor ist bei normalen Menschen so häufig, dass vielleicht er allein, in einiger Steigerung, den affectiven, den Basedow- und den neurasthenischen Tremor ausmacht. Vollkommen eigenartig ist nur der Tremor der Dementia paralytica, wenigstens nach den Curven desselben, welche die von Charcot als characteristisch bezeichneten „décharges“ erkennen lassen.

In der Discussion erklärt Crocq den Tremor für etwas durchaus pathologisches; unter den 40 % Zitterern der „Normalen“ Pitres'

fänden sich gewiss viele Alcoholisten und Neurastheniker. P. hätte in Bordeaux, also in einer südlich-nervösen, an Wein gewöhnten Bevölkerung untersucht; im Norden (Flandern) fände man andere Ergebnisse. Hier wäre bei Massenuntersuchungen der Tremor bei Frauen kaum halb so häufig. Der Polymorphismus des Tremors bei manchen organischen Erkrankungen erkläre sich manchmal durch eine complicirende Hysterie. Delmas erwähnt den Tremor bei traumatischer Hysterie. Parisot und Mayer haben mit sehr empfindlichen registrirenden Apparaten Tremor auch bei allen Normalen gefunden. Parant betrachtet den Tremor bei Melancholikern als prognostisch günstig; die Zunge zittere in diesen Fällen wie eine erschütterte Gelatinemasse. Charpentier glaubt sagen zu dürfen, dass sich dieser Tremor nur bei Melancholien gastrischen Ursprunges findet. Pitres hebt hervor, dass sich Hebungen („renflements“) der Tremorcurve bei allen Tremoren von einiger Intensität finden, nicht bloss bei Intoxicationen, wie Garnier behauptet.

Bernheim äussert sich eingehend über die suggestive Beeinflussung des Tremors.

Damit waren die drei von officiell bestellten Referenten behandelten Themata erledigt. Von den überaus zahlreichen Vorträgen und Demonstrationen wären noch zu nennen:

452) **Crocq** (Brüssel): Gekreuzte Vererbung. C. hat als Hühnerzüchter gefunden, dass bei Varietätenkreuzung die Töchter öfter und mehr dem Vater, die Söhne öfter und mehr der Mutter gleichen.

453) **Ballet** und **Dutil** haben sowohl nach Durchschneidung des Ischiadicus wie nach mehrmaliger kurzdauernder Compression der Aorta bei Meerschweinchen dieselben Veränderungen der Rückenmarkszellen gesehen: Auflösung der chromatophilen Granulationen. Diesen dauernden Veränderungen (bei Aorten-Compression) entsprechen nur vorübergehende Functionsstörungen.

454) **Francotte** empfiehlt Duboisin zur Behandlung der Nahrungsverweigerung bei Paralytikern.

455) **Claude** hat bei Vergiftungen von Thieren mit verschiedenen Bacterien-Toxinen mit der Nissl'schen Methode auch in Fällen ohne nervöse Störungen Veränderungen der spinalen Zellen gefunden.

456) **Raymond** und **Souques**: Partielle Epilepsie bei Akromegalie. 54jähriger Mann leidet seit 3 Jahren an Convulsionen, die etwa alle 14 Tage auftreten und nur den rechten Arm und die rechte Gesichtshälfte befallen. Er leidet ferner seit mehreren Jahren an Akromegalie; die Autoren betrachten die Convulsionen als von der vergrösserten Hypophyse ausgehende Reflex-Phänomene.

457) **Crocq**-fils (Brüssel): Akrocyanose. In zwei Fällen von Hysterie fand C. Cyanose der Hände, die sich auf die Vola erstreckte, permanent war, keine erheblichen Schmerzen machte, bei erheblicher Hypothermie; Gangrän, Oedem, Ulceration, Parese, Sensibilitätsstörungen, locale Syncope fehlten. Der Zustand war permanent.

458) **Sollier**: Gastrische Psychopathien. So nennt S. eine gewohnheitsmässige Nahrungsbeschränkung aus Furcht vor unangenehmen Sensationen bei der Verdauung. Die Patienten „verlernen“ selbst die Kaubewegungen. Sie denken schliesslich nur an ihre Verdauung und verlieren alles Interesse und alle Activität. Die Behandlung erfordert von vornherein Zwang zum Essen. Es bestehen Sensibilitätsstörungen in der Magenregion, Erbrechen, selten Störungen des Schlafs.

Kurella.

III.

Verein der deutschen Irrenärzte.

Jahresversammlung am 18. und 19. September 1896 zu Heidelberg.

(Originalbericht des Centralblattes.)

Gegenstand der Verhandlungen war:

459) **Die Wärterfrage.** Referent **Grashey** (München).

Die 4 aufgestellten Thesen lauteten:

1. Es ist anzustreben, dass das Pflegepersonal ein Berufs-Pflegepersonal werde.
2. Jede Anstalt soll ihr Pflegepersonal möglichst selbst heranbilden. Director und Aerzte der Anstalt sollen das Pflegepersonal in der Krankenpflege unterrichten. Auf diesen Unterricht ist grösste Sorgfalt zu verwenden.
3. Es sind Einrichtungen zu treffen, durch welche die Zukunft des Pflegepersonals möglichst sicher gestellt wird. (Entsprechend hohes Gehalt, Geldprämien nach längerer Dienstzeit, Pension, Wittwen- und Waisen-Versorgung).
4. Es sind Einrichtungen zu treffen, durch welche die nothwendige Erholung und Schonung des Personals gewährleistet wird. (Genügende Anzahl im Verhältnisse zum Krankenstande. Regelmässige dienstfreie Zeiten. Besondere Erholungsräume. Bestimmter Urlaubs-Anspruch mit Fortbezug des Gehaltes.)

Dazu führt der Referent ungefähr folgendes aus:

Ad 1. Unter Berufspflegepersonal sei nicht ein Stand von Irrenpflegern zu verstehen, aus dem die einzelnen Anstalten ihren Bedarf decken könnten, sondern nur ein fester Stamm von Pflegern innerhalb einer Anstalt sei wünschenswerth. Gegen eine zu lange Dienstzeit würde mit Recht eingewendet, dass nach gewisser Zeit das Wartepersonal körperlich und geistig an Leistungsfähigkeit abnehme. Dem müsse aber durch die im folgenden zu besprechenden Mittel abgeholfen werden.

Die sociale Stellung müsse über der von Dienstboten stehen; empfehlenswerth sei nach dem Vorgange von Sachsen und Bayern, wo nach Ausbildung im Pflegehause und ca. 2jährigem Hilfspflegerdienst die Anstellung durch das Ministerium erfolge, dass nach längerer Probezeit von bestimmter Dauer die Anstellung des Pflegepersonals durch die Behörde erfolge, welcher auch einzig und allein das Kündigungungsrecht zustehen soll.

Ad. 2 betont Ref. besonders die Wichtigkeit eines eingehenden theoretischen und practischen Unterrichts; die Auswahl des Personals dürfe

weder Ordensgesellschaften noch staatlichen Pflegerschulen überlassen werden. Und zwar sei zum Eintritt am geeignetsten das Alter von 23—25 Jahren für männliches, 20—25 für weibliches Personal. Besonders brauchbar seien mit gutem Führungszeugniss vom Militär eben entlassene Leute, aber keine Unterofficiere etc., als Wärterinnen junge Mädchen aus guter Familie, ev. auch mit höherer Bildung, sofern sie nicht besondere Stellung beanspruchten. —

Ad. 3 fordert Ref. als Anfangsgehalt ungefähr das Doppelte des ortsüblichen Dienstlohns (in München bekommen Wärter 600, Wärterinnen 500 Mk.), ferner gesichertes Ansteigen im Gehalte, gesunde Wohnräume für die Pfleger und ihre Familien, Pensionsberechtigung, Unterstützungsfonds wie in München, Invaliditäts- und Altersversicherung. — Nicht anzunehmen sind Verheirathete, dagegen ist das Heirathen nach gewisser Zeit zu gestatten.

Ad. 4. Nothwendig seien: jede Woche mindestens ein dienstfreier Nachmittag, möglichste Abwechslung im Dienste, alljährlich 14tägiger Urlaub mit Gehaltsbezug, event. längerer Urlaub ohne denselben; Einschränkung der Nachtwache für den Einzelnen auf 6 Stunden.

Die vom Correferenten **Ludwig** (Heppenheim) aufgestellten 9 Leitsätze stehen zum Theil im Widerspruch mit den genannten Thesen, die betreffenden Stellen seien hier angeführt. In Satz 3: „so muss die Annahme und Entlassung . . . sowie die gesammte Disciplinargewalt allein und unbeschränkt dem Director zustehen". — In Satz 4: „Es empfiehlt sich die Regel, den Verbleib der Wärter und Wärterinnen in dem Dienst der Anstalt der Regel nach auf ein bestimmtes nicht zu spätes Lebens- und Dienstalter zu beschränken (d. h. auf eine 5—6jährige Dienstzeit). — In Satz 5 wird nachzuweisen versucht, dass die Heranbildung eines Berufspflegepersonals bisher nirgends gelungen und unzweckmässig sei, weil sie aus verschiedenen Gründen die Anstalt schädige. — Satz 6 führt aus, dass durch Verbesserung der materiellen Bedingungen, durch zweckmässigen Unterricht, durch das Beispiel des Directors und der Aerzte und durch den persönlichen Verkehr mit denselben das Wartepersonal während der Dienstzeit in guter Verfassung erhalten werden könne. —

Correferent beantragt ferner, die Discussion bis zur nächsten Versammlung zu verschieben, damit für eine eingehende Kritik der vorgetragenen Anschauungen und zur Stellung definitiver Anträge über die Wärterfrage Zeit gewonnen werde. Gegen diesen Antrag sprechen sich Fürstner (Strassburg) und Mendel (Berlin) aus; er wird von der Versammlung abgelehnt. —

Die Discussion beschäftigt sich zunächst mit These I. Nach mehrfacher Für- und Widerrede wurde die Differenz der Ansichten durch folgende von Fürstner vorgeschlagene Fassung der These ausgeglichen:

„Es ist anzustreben, dass für die Behandlung Geisteskranker ein besonders ausgebildetes Personal genommen werde, das möglichst längere Zeit im Dienste bleibt." In dieser Form wurde nunmehr These I mit grosser Majorität angenommen. —

In der Discussion zu These II schlägt Sommer (Giessen) ein Rekrutirungssystem durch Vertrauensmänner (Bürgermeister etc.) vor. — Siemens (Lauenburg) will kein Personal angestellt wissen, das schon in anderen

Anstalten gewesen sei. These II wird angenommen unter Streichung des letzten Satzes, „auf diesen Unterricht . . . . .“ nach Antrag von Moeli (Berlin). —

Zu These III beantragt Karrer (Klingenmünster) hinter „entsprechend hohes Gehalt“ einzuschalten, „welches den landesüblichen Lohn wesentlich, wenigstens um ²/₃ übersteigt, und Steigerung des Gehaltes mit der Dienstzeit.“ Ferner beantragt Edel (Berlin) hinter „Waisenversorgung“ einzufügen: „und Ausdehnung des Unfallversicherungsgesetzes auf das Irrenwartpersonal.“ — Beide Anträge werden angenommen, der Vorschlag Hitzig's aber abgelehnt, für Verdienste des Wartepersonals die Verleihung von Medaillen etc. bei der Regierung zu beantragen. —

These IV wird einstimmig angenommen, nachdem noch von Pætz (Alt-Scherbitz) die Errichtung von Pflegerheimen wie im Königreich Sachsen besonders empfohlen worden ist. —

460) **Schüle** (Illenau) demonstrirt Ess- und Trinkgeschirre aus Brodteig für zerstörungssüchtige Kranke; nachdem der Kranke daraus gegessen, verspeist er sie eventuell als Nachtisch.

461) **Siemerling** (Tübingen): Ueber die Veränderungen der Pupillenreaction bei Geisteskranken.

Die Wichtigkeit der Pupillendifferenz als Symptom der Geisteskrankheiten wird vom Vortragenden nicht anerkannt, da sie sowohl bei Gesunden als auch bei Krankheiten verschiedenster Art vorkommt. Hingegen ist die reflectorische Pupillenstarre bei der progressiven Paralyse in 68% vertreten und kann als Frühsymptom der Allgemeinerkrankung um mehr als 10 Jahre vorausgehen. Meist doppelseitiges Vorkommen; sehr selten dauernde einseitige Starre, sehr häufig gleichzeitig Veränderungen des Kniephänomens. Die Form der Pupille ändert sich, sie wird eckig, ausgezackt, elliptisch. Zuweilen bestimmte Gesetzmässigkeit der Verlaufsweise: Parese der Reaction, Pupillenstarre, Accomodationsparese, endlich Accomodationsparalyse. Seltener findet sich bei Paralyse die sogenannte „springende Mydriasis“, die sich aber auch bei Gesunden findet, noch seltener Hippus. Ausserhalb der progressiven Paralyse reflectorische Pupillenstarre selten. An 1639 damit behafteten Geisteskranken findet sich: Progressive Paralyse in 92%, Tabes mit Psychose 1,7%, Dementia senilis 1,1%, Syphilis des Centralnervensystems 1,0%, Herderkrankung 1,1%. Alcoholismus 0,9%, Paranoia 0,3%, Hysterie und Epilepsie je 0,2%, Kopfverletzungen 0,06%; letztere ätiologisch anzuschuldigen ist bisher noch in keinem Falle möglich gewesen. Ebenso zweifelhaft ist der Zusammenhang bei Epilepsie und Paranoia.

Vortragender legt für Unterscheidung von Epilepsie und Hysterie grossen Werth auf das Verhalten der Pupillen; hat weite und differente Pupillen oft dem epileptischen Anfall vorausgehend oder folgend gesehen, im hysterischen häufig erweitert oder oscillirend gefunden. Pupillenreaction auf sensible Reize wurde von Moeli studirt, ihr Fehlen fällt mit der reflectorischen Starre zusammen.

Für den Sitz der reflectorischen Starre ist bisher eine bestimmte Kerngruppe noch nicht mit Sicherheit erwiesen.

In der Discussion erwähnt Moeli (Dalldorf) das Vorkommen von reflectorischer Starre bei 3 Fällen von Pocken. Sowohl er wie Mendel

halten Massaut's Versuche über die Lage der Pupillarfasern nicht für beweisend. Dagegen hält Mendel auch Siemerling gegenüber an der Beweiskraft seiner früheren Beobachtungen (Atrophie des Ganglion habenulæ nach Iridectomie in den ersten Lebenswochen bei Thieren) fest.

462) Prof **Mendel** (Berlin): Die Stellung der Geisteskranken im bürgerlichen Gesetzbuch.

Vortragender hat neben die einschlägigen Paragraphen des Bürgerlichen Gesetzbuchs die Bestimmungen des preussischen Landrechts gestellt, denen im Wesentlichen diejenigen der anderen Staaten gleichen. Er weist an der Hand dieser Gegenüberstellung nach, dass die Psychiatrie allen Grund habe, mit der Neuordnung zufrieden zu sein, insofern sie den Kranken weitgehendsten Schutz angedeihen lasse. Insbesondere sieht er einen grossen Fortschritt in der Formulirung des Entmündigungsparagraphen, § 6, und der Bestimmungen über Eheschliessung und Scheidung von Geisteskranken.

Da eine Debatte nicht erfolgt, bekundet auf Antrag des Vorsitzenden, Jolly, die Versammlung ihre lebhafte Zustimmung zu den Schlüssen des Vortragenden.

463) **Nissl** (Heidelberg): Ueber die Veränderungen der Nervenzellen nach experimentell erzeugter Vergiftung.

N. schaltet von vornherein die Frage aus, ob das microscopische Bild der lebenden Ganglienzelle entspräche, sondern legt seinen Untersuchungen nur ein- für allemal das „Aequivalentbild“ der Nervenzellen zu Grunde, d. h. dasjenige microscopische Zellenbild, welches sich im Nervensystem eines in bestimmter Weise getödteten Thieres nach bestimmter Behandlung unter bestimmten Voraussetzungen erfahrungsgemäss mit gesetzmässiger Constanz vorfindet. Dadurch ist die Gefahr von Kunstproducten, welche bisher ein schweres Hinderniss war, ausgeschlossen. Jede Abweichung vom Aequivalentbild hat ihre Ursache in der Zelle selbst. Insbesondere lassen sich nach Vergiftung die Abweichungen vom normalen Bild ausschliesslich der Giftwirkung zuschreiben. Vortragender wollte zunächst die anatomische Grundlage der Vergiftung genau kennen lernen, um die Ergebnisse für die Pathologie der Zelle weiterhin zu verwerthen. N. demonstrirt nun mit dem Skiopticon 24 Diapositive von Präparaten, die nach seiner Methode gefärbt waren. Und zwar wurden die grossen motorischen Zellen des Vorderhorns des Kaninchens nach Strychnin, Veratrin, Arsen, Alcohol, Phosphor, Toxin des Tetanus, ferner die motorischen Vorderhornzellen und die Purkinje'schen und Spinalganglienzellen des Kaninchens nach Blei, Sympathicuszellen des Kaninchens nach Arsen, und Rindenzellen des Kaninchens nach Alcohol, Morphium- und Bleivergiftung gezeigt. Ferner zum Vergleich noch menschliche Rindenzellen nach acuter Phosphorvergiftung und bei Typhus. — Seinen Vergiftungsmodus bezeichnet er als subacute maximale Vergiftung, d. h. das Thier bekommt möglichst lange täglich ein maximales Quantum Gift, das so ausprobirt ist, dass das Thier nicht unmittelbar an der Dosis zu Grunde geht. Vortragender demonstrirt jede erkrankte Zelle neben einer gesunden aus demselben Gebiete.

Er betont, dass sich die Giftwirkung an zahlreichen Zellen eines Gewebes äussere, nicht an einzelnen, ferner auf verschiedene Zellarten verschieden einwirke und umgekehrt, dass verschiedene Gifte sich an der-

selben Zellart verschieden äussern. Im Einzelnen macht er auf die Veränderung der Kerne aufmerksam, die kleiner, kugelig und homogener werden, sich auch tiefer färben, sowie auf das Färbbarwerden der nicht färbbaren Substanz, welches Symptom auch bei der Paralyse eine Rolle spiele. Endlich demonstrirt er auch die Verschiedenheit der Zellarten. Daran knüpft N. die Bemerkung, dass in der gesetzmässigen Vertheilung der verschiedenen Zellarten durch die Wirbelthierreihe ein Zusammenhang der verschiedenen Zellarten mit den verschiedenen centralen Functionen sich offenbare. Da aber jede graue Masse Zellen verschiedener Art enthalte, müsse die anatomische Forschung hier stehen bleiben, bis ihr die klinische und psychologische Analyse der Giftwirkungen zur Hülfe käme. Mit diesen beiden zusammen würde es hoffentlich gelingen, die Functionen der einzelnen Zellarten und ihre Eigenschaften festzustellen.

Discussion.

Fürstner weist auf die zahlreichen schönen Bilder von in Carmin gefärbten Ganglienzellen in den Vorderhörnern bei Paralyse hin, die doch nicht erkrankt sein könnten. Auch klinisch machten sie keine Symptome. Ferner fragt er an, wie sich Nissl die Wiederherstellung verflüssigter Ganglienzellen denke.

Nissl: Carmin färbt nur einen Theil der Zellen und auch kranke in anscheinend normaler Weise. — Zellen seien dann nicht mehr restitutionsfähig, wenn der Kern weitgehende Veränderungen zeige.

Hitzig bemerkt, dass in seiner Klinik bei Kopftetanus Vacuolisirung der Zellen nach Carminfärbung gefunden wurde, demnach sei diese Methode doch nicht werthlos. Fragt der practischen Wichtigkeit wegen an, wie viel und wie lange Trional gegeben wurde.

Nissl hält die Vacuolen auch für Kunstproducte. Mit den Dosen sei er so hoch gegangen, dass die Thiere täglich einen schweren Rausch gehabt hätten bei den Alcoholversuchen, und bei Trionalvergiftungen am 9. oder 12. Tage starben.

Siemerling fragt an, ob Nissl auch mit der Ramon y Cajal'schen Methode gearbeitet und besonders an den Fortsätzen schwere Veränderungen bei Vergiftung gefunden habe. — Vielleicht sei auch ein Theil der von N. gefundenen Veränderungen als Restitutionsvorgänge zu deuten.

Nissl glaubt nicht an die Verwerthbarkeit der sonst so brauchbaren Methode für Vergiftungsversuche. Um Restitutionsvorgänge könne es sich nicht handeln. Wenn 10 vergiftete Thiere stets an gleicher Stelle, an den gleichen Zellarten und nur an diesen die gleichen Veränderungen zeigten und 20 gesunde Thiere nicht, so sei das für ihn beweisend.

Sitzung vom 19. September 1896.

464) Professor **Kraepelin** (Heidelberg): Ziele und Wege der klinischen Psychiatrie.

Vortragender bespricht in Anlehnung an Hecker (Virch. Arch. 1871) die Aufgaben der klinischen Beobachtung und ihre Schwierigkeiten: Ueberbürdung der Aerzte, Wechsel der Beobachter, Unsicherheit in der Aetiologie; nur in wenigen Fällen, bei Intoxicationspsychosen, könne aus dem klinischen

Bilde auf die Schädlichkeit geschlossen werden. Aus gleichen Krankheitsbildern könnte man ja wohl auf gleiche Ursachen schliessen, aber schwer sei die Unterscheidung zwischen Unwesentlichem und Wesentlichem, zwischen Allgemein- und speciellen Symptomen. So seien der Paralyse eigenthümlich nur die Verblödung und der tödtliche Ausgang mit Lähmung Allgemeinsymptome aber seien Wahnbildung, Hallucinationen; specielle oder Grundsymptome sind Ideenflucht, motorische Erregung, Hemmung. Innerhalb dieser gelte es nun Differenzen aufzufinden, zwischen manischer und katatonischer Erregung, zwischen motorischer Hemmung und Negativismus. Diese Differenzen seien von diagnostischer und prognostischer Bedeutung. Neu ist die Methode, deren sich Kr. bedient: zunächst alle Fälle ohne jede Ausnahme genau zu beobachten, ferner eine Katamnese nach längerer Zeit entweder schriftlich oder durch Aufsuchen der Patienten in den Pflegeanstalten zu erheben, um so Verlauf und Ausgänge der Erkrankungen besser verwerthen zu können. Ferner wird in jedem Falle nach der ersten Untersuchung eine Diagnose mit Prognose gestellt, deren Uebereinstimmung mit der definitiven Diagnose ebenso lehrreich sei wie die gemachten Fehler. — So komme eine immer schärfere und vorsichtigere Abgrenzung der Krankheitsbilder zu Stande. An 1000 Fällen, die zeitlich in 2 Gruppen zu 500 getheilt worden, zeigt Vortragender diagrammatisch die annähernd gleichmässige Wiederkehr der einzelnen sicheren und unsicheren Diagnose in beiden Hälften; er erhofft auf dem eingeschlagenen Wege weitere Fortschritte.

Meschede erkennt die Wichtigkeit der vorgetragenen Aufgaben an, warnt aber vor der Aufgabe gebräuchlicher Namen, wie Manie, Melancholie im gewöhnlichen Sinne.

Siemerling würde nicht anstehen, die Namen zu ändern, wenn er die Anschauungen für richtig hielte. Dass Melancholie und noch mehr Manie öfter wiederkehren, sei bekannt. Aber es verwische den Begriff der Periodicität, wenn man Anfälle, die 20 Jahre auseinander liegen, periodisch nenne. Er könne nicht zugeben, dass Melancholie lediglich eine Involutionskrankheit sei.

Mendel warnt vor der Aufstellung neuer Formen. Er habe einfache Manien gesehen, bei denen 25 Jahre nach der Heilung keine Neuerkrankung erfolgt sei. Er behaupte, dass man es einem ersten Anfalle von Depression oder manischer Exaltation nicht ansehen könne, ob es zur Entwicklung einer circulären Psychose kommen werde.

Jolly wendet sich gegen die Verwerthung der Prognose für die Diagnose, da doch die Heilung auch abhängig sei von der Widerstandsfähigkeit des betreffenden Gehirnes. Er habe acute Verwirrtheit in Paranoia übergehen sehen und müsse die Bezeichnung „periodische Psychose" in Fällen ablehnen, in denen nur 2 oder 3 Anfälle im Leben vorkämen.

Hitzig schliesst sich diesen Bedenken an. Für ihn ist die Zeit von $5^1/_2$ Jahren und die Zahl von 1000 Kranken zu gering, um eine so seltene Erkrankung wie die reine Manie zu negiren. Da ferner gleiche Ursachen verschiedene Erkrankungsformen erzeugen, eine Krankheit aus verschiedenen Ursachen entstehen kann, sei die versuchte ätiologische Eintheilung Kräpelin's unausführbar.

Grashey lobt die Intensität der Forschung und die Betonung der practisch wichtigen Prognose. Es bleibe dem Vortragenden übrig, später auch ein Diagramm der gemachten Fehldiagnosen und -prognosen aufzustellen, woraus sich die Berechtigung der neuen Gruppirung ergeben werde.

Kräpelin verspricht eine solche Zusammenstellung für später. Im Uebrigen stütze er sich nicht bloss auf die letzten 5 Jahre, sondern auf eine 20jährige Erfahrung; giebt ferner Definition der Periodicität und betont Nothwendigkeit der Fortsetzung seiner Untersuchungen.

465) **Aschaffenburg** (Heidelberg): Psychophysische Demonstrationen.

Vortragender zeigt einen Apparat zur Prüfung der Auffassungsfähigkeit. Die auf rotirende Trommeln aufgeklebten Worte und sinnlosen Silben werden durch einen Spalt gelesen, dabei spielt die Combinationsfähigkeit eine bedeutende Rolle. Er bespricht sodann die Technik der psychischen Zeitmessung: das Hipp'sche Chronoscop, den Römer'schen Schallschlüssel und optischen Reizapparat, sowie die Methoden der einfachen, der Wahl- und Associationsreactionen. Der Wahlvorgang zeigt bei geistiger Ermüdung Verlängerung der Zeiten und Abnahme der Fehlerzahl, bei Erschöpfung und noch mehr bei körperlicher Anstrengung Verkürzung der Zeiten, letztere ist durch leichtere Auslösbarkeit motorischer Impulse verursacht. Der Associationsvorgang zeigt sich an Diagrammen durch die Erschöpfung derart verändert, dass die Zahl der Klang-Associationen von 4 % in der Norm bis zu 30 % und mehr zunimmt. Aehnlichkeit des experimentellen Erschöpfungszustandes (motorische Erregung mit Ideenflucht) mit den Symptomen der Erschöpfungspsychosen. Auch bei manischen Kranken Neigung zu Klang-Associationen proportional der Erregung; daher mit Vorsicht für die Prognose verwerthbar. Manische ergeben niemals schnellere Reaction als Gesunde, wonach ein schnellerer Vorstellungsablauf bei der Manie nicht denkbar ist. Nach diesen Resultaten sei man berechtigt, die Experimental-Psychologie der klinischen und anatomischen Diagnostik als gleichberechtigt zur Seite zu stellen. —

Discussion.

Moeli giebt zu bedenken, dass bei den manischen Kranken nicht immer, wie bei den Experimenten, ein äusserer Reiz auslösend wirke. Eine Beschleunigung des Vorstellungsablaufes bei der Manie wäre demnach durch die Versuche nicht ganz auszuschliessen.

Hitzig ist fraglich geblieben, ob die an Normalen gewonnenen Schlüsse sich ohne Weiteres auf Geisteskranke übertragen lassen, insbesondere ob sich der Einwand widerlegen lasse, dass unbekannte psychologische Factoren das Resultat beeinflusst hätten. Wenn die Reactionszeit bei Manischen thatsächlich länger ausfällt als bei Gesunden, so könne dies sehr wohl auf einer Störung der Aufmerksamkeit beruhen, insofern als sich dem Manischen neben der Zielvorstellung allerlei Nebenvorstellungen aufdrängen, mit denen er erst fertig werden muss, bevor er reagiren kann.

Aschaffenburg erwidert Moeli, dass eine seiner Methoden (fortlaufendes, auswahlloses Niederschreiben der auftauchenden Vorstellungen) der Spielerei einer manischen Kranken entsprungen sei; das Resultat dieser Methode, bei der also nach einmaliger Reizgebung gerade die inneren Reize

die Hauptrolle spielen, sei durchaus dasselbe wie bei der anderen Methode. Die Nebeneindrücke, von denen Hitzig möglicher Weise eine Ablenkung der Aufmerksamkeit erwartet, sind, wie sich Jeder leicht durch Versuche an sich selbst überzeugen kann, sehr undeutlich gegenüber der einen als erste Vorstellung auftauchenden. — Da gerade bei Manischen jede auftauchende Vorstellung sofort in eine Sprechbewegung umgesetzt wird, so ist deshalb um so weniger eine Störung des Associationsvorganges durch etwaige Nebenvorstellungen zu befürchten. A. weist darauf hin, dass sich seine Ergebnisse auf Versuche an 17 Gesunden und auf 11,000 Associationen an 11 verschiedenen Kranken stützen und betont vor Allem, dass seine Schlüsse zwar mit den üblichen Anschauungen, aber nicht mit der klinischen Beobachtung im Widerspruch stehen.

466) **Gross** (Heidelberg): Ueber Stupor.

In Anbetracht der dürftigen bisherigen Vorstellungen über das Wesen der Stuporzustände hat Vortragender versucht, dieselben nach 3 verschiedenen Richtungen hin experimentell psychologisch genauer zu analysiren. Er prüft nach bekannten Methoden I. die Auffassung, II. die Denkthätigkeit, III. die motorischen Leistungen.

Ad. I. Eine gröbere, nur bei schweren Störungen gebrauchte Methode bestand darin, festzustellen, wie lange man einem Kranken einen Gegenstand vorhalten müsse, damit er ihn erkenne. — Exactere, zahlenmässige Resultate wurden mit Hilfe eines einfachen Apparates erreicht: hinter einen photographischen Momentverschluss wurden Karten mit einer Reihe Zahlen gesteckt. Aus der Anzahl der während der annähernd constanten Expositionszeit gut aufgefassten Zahlen erhielt G. ein Maass für die „Auffassungsbreite" der Versuchsperson.

Ad. II. Die Denkthätigkeit wurde sowohl durch Reactionsversuche wie durch „fortlaufende geistige Arbeit" (Zahlenreihen addiren, längere Rechenexempel lösen, Thiere aufzählen) geprüft.

Ad. III. Um die Störungen der Motilität schätzungsweise festzustellen, liess G. die Kranken einfache Bewegungen ausführen, oder auch von 1—20 zählen und mass die dazu nöthige Zeit mittelst einer $^1/_5$-Secunden-Uhr. —

Bei circulären und paralytischen Kranken liessen sich diese Versuche meist ohne Schwierigkeit durchführen, während diese bei katatonischen sehr erschwert waren.

Vortragender demonstrirt an Curven, wie sich Zustand und Verlauf an 4 Erkrankungen graphisch darstellen liessen. An den bisher untersuchten Fällen von circulärem Stupor liess sich niemals eine deutliche Verlangsamung der motorischen Leistungen erkennen, ebenso wenig bei paralytischem Stupor, doch zeigte letzterer eine erhebliche Beeinträchtigung der fortlaufenden Denkthätigkeit. —

Vortragender hofft seine Versuchsergebnisse ebensowohl für die Differentialdiagnose wie für die Prognose verwerthen zu können.

467) **Römer** (Heidelberg): Experimentelle Studien über den Nachmittagsschlaf.

Vortragender hatte in früheren Untersuchungen festgestellt, dass nach normal langem Schlafe noch einige Zeit ein Zustand besteht, in welchem die geistige Leistungsfähigkeit bedeutend herabgesetzt ist. Dieser Zustand

von „Müdigkeit" ist um so grösser, je tiefer noch am Morgen der Schlaf war. Kürzte er bei Personen, welche am Abend sehr bald und fest einschlafen und am Morgen sehr früh spontan erwachen, den Schlaf morgens ab, so wurde der Grad der zurückbleibenden Müdigkeit kaum verändert; kürzte er ihn aber bei Personen, die sehr langsam einschlafen und erst gegen Morgen ihre grösste Schläftiefe erreichen, morgens ab, so zeigte sich bei ihnen eine enorme Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit, die identisch ist mit dem Zustand der Ermüdung. Römer stellte nun entsprechende Versuche über die Veränderungen psychischer Leistungen durch den Nachmittagsschlaf bei verschiedenen Personen an. Geprüft wurde das Auswendiglernen, Addiren einstelliger Zahlen und Wahlreactionen nach einstündigem Nachmittagsschlaf und ohne denselben. Es zeigten sich wiederum 2 Typen unter den Versuchspersonen. Die einen waren nach Tisch sehr müde, schliefen rasch und tief ein, erwachten meist von selbst und zeigten eine bedeutende Mehrleistung gegenüber den Tagen ohne Nachmittagsschlaf. Die anderen waren wenig müde, schliefen sehr langsam ein, mussten erweckt werden und zeigten dann eine erhebliche Minderleistung. — Zum Schlusse demonstrirte R. einen sehr zweckmässigen Apparat zur Messung der Schlaftiefe, der Reiz und Reaction notirt und auch eventuell automatisch mehrmals in der Nacht weckt.

468) **Alzheimer** (Frankfurt) berichtet über 5 Fälle, in welchen sich neben einer hochgradigen Arteriosclerose der Gefässe disseminirte Herde in der Rinde, den Markleisten und auch im tiefen Mark fanden. welche mehr oder minder erhebliche Wucherungen der Glia darstellten. Da diese Veränderungen auf einzelne Gehirnlappen oder Windungen beschränkt waren, ergab sich klinisch das Bild einer ausgeprochenen Herderkrankung (Hemianopsie, Aphasie, Rindentaubheit, Hemiplegie). Microscopisch waren, wenn überhaupt, nur sehr unbedeutende Veränderungen (leichte Einziehungen der Windungsoberfläche, grössere Derbheit der Windungen) wahrzunehmen. A. fasst die arteriosclerotische Gefässveränderung als Grundlage des ganzen degenerativen Processes auf, und die Wucherung der Glia und den Untergang der nervösen Gewebsbestandtheile als Folge der gestörten Gewebsernährung. In einem Fall waren anscheinend luetische Gefässveränderungen die Ursache. A. bezeichnet den pathologischen Process als perivasculäre Gliose. Zeichnungen und microscopische Präparate erläuterten die Ausführungen. (Autoreferat.)

Am folgenden Tage, den 20. September, fand Rundgang und klinische Demonstration in der psychiatrischen Klinik zu Heidelberg unter Leitung des Directors statt. Loewenthal (Frankfurt a. M.).

IV.

68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Frankfurt a. M. vom 21.—26. September 1896.

Abtheilung für Neurologie und Psychiatrie.

21. September, Nachmittags.

469) Prof. **Anton** (Graz): Gehirnbefunde bei amyotrophischer Lateralsclerose.

Die bisherige Trennung von Gehirn- und Rückenmarksstörungen hat eine durchgreifende Correctur erfahren in Folge der modernen Auffassung

des Centralnervensystems als Ganzen, insbesondere auch in Bezug auf den centralen Apparat für die Bewegungen. Beitrag eines Falles dazu: 45-jähriger Schneider kam auf die Klinik vollkommen aphonisch. Beginn mit Schwäche und Abmagerung an beiden Händen und Armen symmetrisch. Ein halbes Jahr später Bulbärsymptome, Schlingbeschwerden und Einbusse der Sprache, Salivation.

Befund: Temporalis und sterno-cleido-mast. hochgradig atrophisch. Zungenfläche unbeweglich mit vielen fibrillären Zuckungen. Lippen hochgradig atrophisch, willkürlich kaum beweglich. Mund steht offen, kann nicht geschlossen werden. Unterkiefer hebt sich bis zum Verschluss, wenn der Kranke einen Schlingact besorgt oder mimische Bewegungen macht, also Ausfall der Willkürbewegungen. Masseter atrophisch mit starkem clonischen Reflex. Nahrung oft durch den Nasenrachenraum gepresst. Muskulatur beider oberen Extremitäten in toto stark atrophisch, besonders die distalsten Partien. Daumen- und Kleinfingerballen vollkommen atrophisch und durch beide Ströme nicht erregbar. Linke Hand geringe Krallenstellung der Finger. Pronation und Supination relativ gut. Die ganze Muskulatur spastisch und Erhöhung der Reflexe. Patellar- und Fussclonus. Sehnenreflexe links, Hautreflexe rechts stärker. Augenmuskeln unversehrt. Lebhafte rasche mimische Bewegungen, entweder immer breites verzerrtes Lachen oder consulivisches Weinen. Obduction selbst ausgeführt. Eine Hemisphäre (die rechte) in Quer-, die linke in Horizontalschnitte zerlegt. Gefässe zum Theil auffällig stark entwickelt. Fäden des Zungennerven auffallend dünn und grau verfärbt, in geringerem Grade die Fäden des IX.—XI. V. grau-röthliches Aussehen, an den Meningen nichts. Am Rückenmark vordere Wurzeln dünn, grau, am Auffälligsten im Bereich des Halsmarks. Rückenmark microscopisch: Vorderhörner durch den ganzen Strang atrophisch, am Hals mehr als am Lendenmark. Zellen der grauen Substanz zu kleinen Granula verkümmert oder ganz verschwunden. Im Brustmark die Clarke'schen Säulen tadellos. Die Vorderhörner gerade wie im Halsmark. Im Lendenmark die graue Substanz relativ besser. Hinterhörner und Clarke'sche Säulen intact. Weisse Substanz: Pyramidenbahn stark entartet. Die Degeneration der Seitenstrangbahn reicht im Seitenstrang bis ins Lendenmark und ist oben und unten gleichmässig. Randzone des Rückenmarks, speciell Kleinhirnseitenstrang und Gowers'sche Bahn intact. Kurze Bahn der vorderen Partien — Vorderseitenstrang-Grundbündel — in Mitleidenschaft gezogen. Goll'sche Stränge lassen in der ganzen Länge eine Lichtung erkennen. Medulla oblongata: Hypoglossusgebiet hochgradig atrophisch. Kern XII: kleine Granula, keine Zellen, auch in der Umgebung des Kerns XII. keine intacten Zellen. IX.—XI. in hohem Grade atrophisch, aber nicht in so hohem Grade wie XII. Respirationsbündel in seinen Conturen erhalten, aber faserarm. Am Facialis kein merklicher Ausfall. V. motorisch mässig atrophisch (das Gebiet dieses Astes war auch im Leben am besten erhalten; es stellt überhaupt häufig das ultimum morens dar). Höhere Abschnitte der Pyramidenbahn: mässige Entartung, überall beiderseits symmetrisch sichtbar. Nervenfasern sind durch Bindegewebe ersetzt. Auffällig viel dünnste Fasern im Areal der Bahn. Keine frischen Zerfallsproducte (Marchi), in den unteren Partien der inneren Kapsel scharf

umschriebene Entartungszone im hinteren Drittel des hinteren Schenkels. Nach oben zu rückt das Ganze fast in die Hälfte des hinteren Schenkels. Dann etwas verwaschen. Höher oben in den Centralwindungen wieder sehr gut fassbar bei der Einstrahlung in die Rinde. Die vordere Central- und hintere Partie der Stirnwindung bis zur medialen Seite mit ergriffen. Die ganze Marksubstanz der vorderen Centralwindung in ein feines Sieb verwandelt. Deutliche Degenerationszone in der Rinde selber. Die Zellen sind zum Theil eingefallen. Die Befunde sind beiderseits symmetrisch. Die anderen Rindenpartien ziemlich frei. Von dem ganzen Garbenbündel, das in die Windung ausstrahlt, sind die mittleren Antheile am meisten verändert.

Es handelt sich also um eine chronische spinale Muskelatrophie mit Spasmus oder amyotrophische Lateralsclerose, mit Schwund der Vorderhörner und der Muskeln, Entartung der Seitenstränge. Der erhöhte Muskeltonus ist vielleicht nicht an die Entartung eines Rückenmarkstheiles gebunden, sondern es kommt darauf an, dass die Relation zwischen Hinterstrangs- und Seitenstrangs-Innervation gestört ist. Dadurch überwiegt im vorliegenden Falle die Hinterstrangs-Innervation, und in Folge dessen kommt es zur Muskelüberspannung. Ueberall waren mithin die motorischen Theile von der Rinde bis hinunter geschädigt. Am meisten betroffen die Vordersäule, etwas weniger die Centralwindungen. Es sind ähnliche Befunde schon früher beschrieben, aber dieselben waren nirgends so ausgeprägt wie im vorliegenden Falle bei einer nur 2 Jahre dauernden Erkrankung. Die Symptome sind erklärt durch die Läsionen des Rückenmarks.

Die Läsionen des oberen Neuron-Segmentes können keine Symptome geben, weil das Rückenmark verödet war. Es sind also 2 Neuronen erkrankt. Die Befunde sprechen gegen eine primäre Erkrankung der Gehirnrinde. Wahrscheinlich ist das Rückenmark der Anfang der Erkrankung. Im Rückenmark ist das Halsmark am meisten ergriffen, nach oben zu gegen den Bulbus nimmt der Process verhältnissmässig ab. Die oberen Extremitäten sind viel abhängiger vom Cerebrum.

Unter allen Bestandtheilen des motorischen Centralapparates haben die Pyramidenbahnen die meiste Chance zu erkranken, weil sie einen so sehr langen Weg haben. Sie können also bei Intoxication, bei Gefässveränderungen von den verschiedensten Stellen her betroffen werden. Es scheint, dass die Frage nach der Atrophie der Muskeln bei derartigen Erkrankungen nicht verschieden ist von der Atrophie der Muskeln, die bei einem früh, beim anderen spät nach Hemiplegie eintritt = Hemiatrophie nach Hemiplegie. Wir haben nicht das Recht, irgend eine bestimmte Stelle als die Einbruchspforte des Processes anzusehen, vielmehr handelt es sich um eine elective Reaction des gesammten motorischen Nervensystems.

Discussion:

Obersteiner fragt, ob an den Stellen der Degeneration wirklich Bindegewebe oder Glia war?

Anton: Es sind entschieden vermehrte und breitere Ströme von Bindegeweben da, ausserdem ist aber auch die Glia vermehrt.

470) Dr. **L. Mann** (Breslau): Ueber die hemiplegische Beinlähmung und ihre Beziehung zur Gangbewegung.

M. hat schon bei anderer Gelegenheit auf ein gesetzmässiges Verhalten der motorischen Lähmung bei der Hemiplegie aufmerksam gemacht. Und zwar fände sich bei „residuären“ Hemiplegien (d. h. bei solchen, bei denen die anfängliche totale Lähmung sich theilweise zurückgebildet und nur einen Theil der Muskeln dauernd gelähmt zurückgelassen hat) ganz constant folgendes Verhalten: die Lähmung befällt immer solche Muskelgruppen, welche einer einheitlichen Function dienen, in toto; am Arm sind es die Auswärtsroller und Handöffner, während die Einwärtsrollung und Handschluss von Statten geht; am Bein ist derjenige Muskelcomplex gelähmt, welcher im zweiten Zeitabschnitt des Ganges das Vorwärtsschwingen und die Verkürzung des Beines bewirkt. Dieser Complex, die „Verkürzer“ des Beines, besteht aus den Beugern des Ober- und Unterschenkels und den Dorsalflexoren des Fusses; deren Antagonisten, die „Verlängerer“ des Beines, sind gut erhalten und vermögen nach wie vor im ersten Zeitabschnitt des Ganges das Bein zu strecken und dadurch den Körper vorwärts zu treiben. —

Nun giebt es Muskeln, welche über zwei Gelenke hinweglaufen und daher sowohl bei Verlängerung wie Verkürzung des Beines thätig sind, so z. B. der M. biceps nebst semitendinosus und -membranosus, welche sowohl Oberschenkelstrecker als Unterschenkelbeuger sind. Vortragender kann aber am Gesunden mittelst Kymographischer Curven (Demonstration) nachweisen, dass diese Muskeln nur im ersten Zeitabschnitt (beim Auftreten), nicht aber im zweiten (beim Vorwärtsschwingen) wirken. Während des letzteren wird vielmehr die Beugung des Unterschenkels durch Sartorius und Gracilis besorgt. Gerade diese beiden Muskeln erweisen sich nun bei der Hemiplegie ganz constant als gelähmt, während der biceps nebst semimembranosus und semitendinosus, der zwar auch Unterschenkelbeuger ist, aber beim Gange nicht als solcher wirkt, erhalten bleibt; dies zeigt sich deutlich in verschiedenen Stellungen, besonders im Sitzen; in Bauchlage ist aber die Beugung des Unterschenkels von sehr geringer Kraft, trotz energischer Contraction des biceps etc, nur deswegen, weil diese Muskeln durch Annäherung ihrer Ansatzpunkte bereits verkürzt sind. — Durch diese Untersuchungen scheint dem Vortragenden die Beziehung der hemiplegischen Beinlähmung zu den zwei Zeitabschnitten des Ganges als stricte erwiesen. —

22. September, Vormittags.

471) Prof. **Oppenheim** (Berlin): Die Differentialdiagnose der Hirnabscesse. (Folgt in nächster Nummer.)

472) Dr. **Adler** (Breslau): Ueber einseitigen Schwindel.

A. berichtet über eine grössere Anzahl von Kranken, welche nach Schädelbasisbrüchen, Hirnhautentzündung, Labyrinthverletzung oder im Anschluss an chronische Mittelohreiterung neben hochgradiger Schwerhörigkeit auf dem Ohr der erkrankten Seite erhebliche Gleichgewichtsstörungen eigenthümlicher Art darboten. In typischen Fällen haben die Patienten beim

Stehen mit offenen Augen kein Schwindelgefühl. Beim Gehen, besonders wenn dasselbe rasch erfolgt, taumeln sie nach der verletzten Seite; dasselbe tritt beim Stehen mit geschlossenen Augen auf. — Active und passive Bewegungen des Kopfes mit offenen oder geschlossenen Augen erzeugen nach der gesunden Seite hin geringes oder gar kein Schwindelgefühl, sehr lebhaftes aber bei Bewegungen nach der kranken Seite; in letzterem Falle treten neben Erbleichen, Erhöhung der Athemfrequenz auch Scheinbewegungen der Aussenwelt in der Richtung der Bewegung auf. —

Derselbe Unterschied ergiebt sich bei activen Wendungen des Gesammtkörpers nach der gesunden oder kranken Seite hin; ebenso auch in horizontaler Lage bei Drehungen des Gesammtkörpers. Bemerkenswerth ist, dass in den darauf untersuchten Fällen die galvanische Erregbarkeit des N. acusticus erheblich gesteigert war, ferner dass ein Patient bei lautem Hineinrufen der Vocale a und o in das erkrankte Ohr Schwindelgefühl bekam und auf den Rufenden zufiel. — Darnach sucht Vortragender den gesammten Symptomencomplex unter Zuhilfenahme der Ewald'schen Theorie von der Wirkung des Tonuslabyrinths und der Hitzig'schen Beobachtungen beim Galvanisiren des Kopfes durch eine Uebererregbarkeit des Gleichgewichtsorganes der verletzten Seite zu erklären und leitet speciell das verschiedene Verhalten bei Drehungen nach der gesunden und der kranken Seite daraus her, dass (nach Ewald) bei Kopfbewegungen eine Verstärkung des Tonus im Gleichgewichtsorgane derjenigen Seite auftritt, nach welcher die Bewegung gerichtet war, und eine quantitativ weit geringere Verminderung in dem der anderen Seite. —

Discussion.

Hitzig hat bei seinen Versuchen über galvanischen Schwindel immer gefunden, dass seine Versuchspersonen nach der Seite der Anode schwankten, und zwar war dies als Compensationsbewegung aufzufassen; dabei trat immer Nystagmus auf.

Loewenthal bemerkt, dass er häufig bei traumatischen Neurosen, insbesondere nach Kopfverletzungen, eine ganz ähnliche Reactionsweise auf Drehungen des Kopfes und Gesammtkörpers beobachtete, bei Fehlen jeder Labyrinthaffection. Es lässt sich vermuthen, dass hier das psychische Moment hauptsächlich, wenn nicht ausschliesslich wirksam ist; deswegen ist eine Verwerthung des geschilderten Symptomenbildes für eine anatomische Läsion nach vorausgegangenem Trauma nicht ohne weiteres angezeigt. Im Uebrigen findet sich die besagte Reactionsweise auch bei Herderkrankungen des Gehirns mit Gleichgewichtsstörungen, auch ohne Labyrintherkrankung. —

Remak berichtet über eine von ihm angewandte Methode zum objectiven Nachweis einseitigen Schwindels: wenn man den mit geschlossenen Augen stehenden Kranken von einer Seite anstösst, ohne dass er es vorher weiss, so kommt es vor, dass er immer nach einer Seite fällt. In einem solchen vor Jahren beobachteten Fall habe sich ein Cysticercus im mittleren Kleinhirnschenkel derjenigen Seite gefunden, nach welcher der Kranke fiel.

Bruns wendet sich gegen die gebräuchliche Bezeichnung, dass der Kranke nach der Seite des Herdes falle oder umgekehrt, die zu Missverständnissen Anlass gebe; besser sei es, sich daran zu halten, dass der Kranke

bei Herden im rechten Kleinhirnschenkel sich so drehe wie der Korkzieher beim Hineindrehen, bei Herden im linken umgekehrt.

Adler erklärt Herrn Hitzig, dass seine Versuchsanordnung nur eine etwas andere gewesen wäre, aber im Princip ihm dieselben Resultate wie Hitzig gegeben hätte. Die Mittheilungen von Loewenthal und Remak sieht er als Bestätigung seiner Anschauungen an; derselbe Symptomencomplex könne ja auch durch einseitige cerebrale Erkrankung und schliesslich auch durch functionelle Neurosen zu Stande kommen. —

473) Prof. Dr. **A. v. Strümpell** (Erlangen): Zur Pathologie der multiplen Sclerose.

Aetiologisch noch nichts Sicheres bekannt. — Sehr bestechend Marie's Annahme von dem Zusammenhange mit acuten Infectionskrankheiten, aber nach seinen eigenen Erfahrungen sei dieser Zusammenhang sehr selten zu constatiren und deswegen unbegründet. Ebenso wenig Oppenheim's Anschauung, dass toxische Einflüsse (Blei, Alcohol etc.) schuld seien. In 24 Fällen, meist aus der Landbevölkerung, konnte Vortragender nur bei einem einzigen an die Möglichkeit chronischer Bleiintoxication denken. Schliesslich sei es auch unwahrscheinlich, dass die Krankheit vom Gefässystem ausgehe, da gleichzeitige Gefässerkrankungen anderer Organe fehlen und auch sonst nichts für Syphilis, Arteriosclerose, Ischämie spräche. Demnach könnte man an einen endogenen, congenitalen Ursprung denken. Vortragender wurde zu dieser Vermuthung durch das gleichzeitige Vorkommen zweifellos congenitaler Hydromyelie mit centraler Gliose und echter multipler Sclerose gedrängt. Darin fände dann auch seine Erklärung: 1. das häufige Auftreten im jugendlichen Alter, 2. das Verschontsein der Axencylinder und Zellen, das fleckweise Auftreten der Herde, also die stellenweise Erkrankung des Neurons. Vortragender vermuthet, dass es sich dabei um primäre Wucherung der Neuroglia, um multiple Gliose handle, deren letzte Ursache in angeborenen Momenten bestände. — Dabei könne man immer noch den exogenen Ursachen (acute Krankheit, Trauma etc.) die Rolle des auslösenden Momentes in gewissen Fällen zusprechen. —

Bezüglich der Symptomatologie unterscheidet sich der Intentionstremor gewöhnlich gar nicht von der Ataxie bei anderen Krankheiten. Und zwar findet sich hier die Ataxie ohne Sensibilitätsstörungen, was für das Wesen der Ataxie gewiss von Wichtigkeit sei. — Ferner ist Vortragendem bei seinen Kranken das Fehlen der Bauchdeckenreflexe aufgefallen und zwar bei 24 Fällen in 67%, während bei 185 Gesunden der genannte Reflex nur in 13,5% fehlte. —

Discussion.

Fürstner begrüsst es mit Genugthuung, dass Strümpell nicht mehr wie früher die Gefässerkrankung anschuldige. Auf die Möglichkeit der congenitalen Anlage habe schon Ziegler hingewiesen und die Combination der centralen Gliose mit der multiplen Sclerose habe F. auch schon früher beschrieben. — Dagegen kann er nicht zugeben, dass der sclerotische und gliöse Process histologisch gleichgestellt werden. Nach seinen neueren Untersuchungen vermuthet er, dass die Markscheide bei der multiplen

Sclerose Neigung zu frühzeitiger Invalidität besitze; nur müsse jetzt noch das occasionelle Moment gesucht werden, das den Ausbruch verschuldet.

Oppenheim stimmt mit der Annahme einer congenitalen Anlage der multiplen Sclerose überein, sieht jedoch in der Intoxication das auslösende Moment. — Die Bezeichnung „Ataxie" für die Bewegungsstörung hält er nicht für zutreffend. — Auf die Bauchdeckenreflexe sei überhaupt wenig Werth zu legen. —

Benedikt schliesst sich in der Hauptsache Strümpell an. Er unterscheidet 2 Stadien, das hysteriforme, das in Heilung übergehen kann, und das prognostisch ungünstige des Tremors.

Remak bezweifelt die Heilbarkeit der multiplen Sclerose; er hat sehr lange Remissionen gesehen.

Bruns erwähnt im Sinne Strümpell's, dass er disseminirte Encephalomyelitis mit allen Symptomen der multiplen Sclerose (nach Intoxicationen und Infectionen) heilen, aber niemals in multiple Sclerose übergehen sah.

474) Prof. **Fürstner** (Strassburg): Zur Pathologie der chronischen Unfallerkrankungen im Bereiche des Centralnervensystems und die Beziehungen der letzteren zum Unfallgesetz. (Folgt in nächster Nummer.)

22. September, Nachmittags.

475) Prof. **v. Monakow** (Zürich): Zur pathologischen Entwicklung des centralen Nervensystems.

v. M. berichtet über eine Missbildung des centralen Nervensystems in einem Falle von Cyclopie (Verschmelzung beider Augäpfel, die in einer Orbita liegen, Fehlen der Nase). Ausgetragener Fötus mit theilweiser Verschmelzung der Schädelbasis mit der Halswirbelsäule. Die Abweichungen von der Norm waren höchst seltsamer Natur. Das Grosshirn stellte eine windungslose, unpaarige, dürftig entwickelte Blase, deren Wandung ca. 1 cm dick war und grösstentheils aus mangelhaft differenzirter Rinde bestand, dar. — In letzterer war eine gewisse Schichtenbildung zu erkennen, auch waren in der mittleren Schicht deutliche Pyramidenzellen zu erkennen. Der Sehhügel zeigte zwei deutlich abgetrennte Hälften und liess bereits einzelne Kerne (Kniehöcker etc.) erkennen. Die beiden Tractus optici vereinigten sich zu einem dicken N. opticus. Statt der inneren Kapsel konnte man einen aus beiden Sehhügelhälften hervorgehenden basalwärts convergirenden, gänzlich atypischen, aber dennoch markhaltigen Faserzug erkennen, welcher an der Basis in der Nähe der Riechplatte unter theilweiser Kreuzung blind endigte. Das Mittelhirndach, mächtig entwickelt, lässt aber eine deutliche Differenzirung in ein vorderes und ein hinteres Zweihügelpaar vermissen.

Die Brücke fehlte vollständig. Den merkwürdigsten Befund bot das Hinter- und Nachhirn und das Rückenmark. Das letztere war doppelt (grösseres und kleineres Rückenmark) vorhanden, vom caudalen Ende bis zum Dorsalmark. Die obere Hälfte des Rückenmarks war in die Schädelhöhle eingestülpt und bildete das Dach der Rautengrube. Die beiden Kleinhirnhälften und die Oblongatahälfte zeigten in Folge dieser Knickung eine Spalte in der Kuppe, sie waren diastatisch und lagen ganz lateral. Trotz dieser offenbar in der allerersten Zeit nach der

Befruchtung eingetretenen pathologischen Verschiebung und Knickung des Medullarrohres hatte sich eine ganze Reihe von nervösen Anlagen z. B. sämmtliche Hirnnerven mit Ausnahme des Olfactorius) normal entwickelt und waren bereits markhaltig. Zwischen den zufällig aneinander liegenden Wänden der verschiedenen Hirntheile (also z. B. zwischen dem eingestülpten Cervicalmark und den Seitentheilen der Medulla oblongata) kam es zu einem Austausch von markhaltigen Nervenfasern. Jedenfalls zeigt vorstehende Missbildung, die bisher noch nicht geschildert worden ist, dass die verschiedenen embryologischen Einzelanlagen des Centralnervensystems eine ausserordentlich grosse Unabhängigkeit besitzen und sich oft bis zur völligen Reife (für sich) entwickeln können, auch wenn das durch die auswachsenden Fasern zu erstrebende Ziel fehlt oder unerreichbar ist. Dabei kommt es allerdings leicht zur Bildung von atypischen Bahnen und Centren.

Discussion:

Sachs macht auf das Kaufmann'sche Gehirn mit angeborenem Balkenmangel aufmerksam, bei dem, seiner Meinung nach, die Balkenfasern vorhanden, aber aus irgend einem Grunde in derselben Hemisphäre geblieben waren, so dass sich dadurch ein mächtiges fronto-occipitales Markbündel gebildet hatte. Die Fasern wachsen stets in der Richtung, wo sie den geringsten Widerstand finden und richten sich dabei nach rein mechanischen Grundsätzen.

476) Dr. **Cramer** (Göttingen): Secundäre Veränderungen nach einseitiger Bulbusatrophie beim Erwachsenen. (Folgt in nächster Nummer.)

23. September, Vormittags und Nachmittags.

Allgemeine Sitzung der medicinischen Hauptgruppe.

Thema: Die Ergebnisse der neueren Gehirnforschung.

477) Prof. **Flechsig** (Leipzig): Die Localisation der geistigen Vorgänge.

Vortragender beschränkt sich auf den anatomischen Theil seiner bereits anderwärts publicirten Untersuchungen am Gehirn des Fötus und der Neugeborenen, unter Demonstration seiner Befunde. Kurz zusammengefasst, gipfeln seine Ausführungen in folgenden Sätzen: Man hat auf der Hirnrinde „Sinnes- oder Projectionscentren" zu unterscheiden von den „Associationscentren". Nur bis zu den ersteren lassen sich beim Neugeborenen markhaltige Leitungsbahnen verfolgen. Und zwar entwickeln sich diese auch nicht gleichzeitig, sondern in bestimmter Reihenfolge. — Die Sinnescentren, deren wichtigstes die „Körperfühlsphäre" ist, nehmen nur etwa $^1/_3$ der Rindenoberfläche ein. Directe Verbindungen unter ihnen existiren nicht; ihre indirecte Verbindung finden sie in den zwischenliegenden Associationscentren. — Von den Sinnesempfindungen abzugrenzen sind die Organempfindungen, die ihre eigenen Centren haben.

478) Prof. **Edinger** (Frankfurt a. M.): Die Entwicklung der Gehirnbahnen in der Thierreihe.

Der bereits anderweitig (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 39) ausführlich publicirte Vortrag sucht nachzuweisen, dass zwischen den „primären"

Empfindungen und Bewegungen, wie sie durch den Bauchstrang des Regenwurms vermittelt werden, und den höchsten psychischen Functionen nur ein gradueller Unterschied bestehe. Der diesem einfachsten Nervensystem zunächst stehende „Eigenapparat“ des Rückenmarks zeigt durch die ganze Wirbelthierreihe im Princip gleichen Bau und ist daher der älteste coordinatorische Apparat; was hirnwärts davon sitzt, ist späterer Erwerb; am jüngsten ist der Hirnmantel und seine Verbindungsbahn durch das Rückenmark. — In sehr wichtigen Beziehungen stehen diese jüngeren Hirntheile zu Art und Lebensweise der Thiere; hier liege der Schlüssel zu einer vergleichenden Psychologie der Thiere, sowie die Beziehungen zwischen der Ausbildung einzelner Hirnwindungen zu Intelligenz und Leistungen für eine vergleichende Psychologie der Menschen werthvolle Aufschlüsse geben würde.

479) Prof. **J. R. Ewald** (Strassburg): Ueber die Beziehungen zwischen den motorischen Centren der Grosshirnrinde und dem Ohrlabyrinth.

Vortragender hat in Fortsetzungen seiner Thierversuche neue Beweise für die Function des Labyrinths als Gleichgewichtsorgan gefunden. — Insbesondere hat eine vierzeitige Operation am Hunde (nach einander Zerstörung beider Labyrinthe, sowie beider Extremitätenregionen der Hirnrinde) gelehrt, dass für die verlorenen Gleichgewichtsempfindungen des Labyrinths die Empfindungen der Extremitäten eintreten können; für den Verlust beider kann das Auge allmählich eintreten, während das Thier im Dunkeln völlig hilflos ist. — Ausserdem ergab sich evident ein Einfluss des Labyrinths auf den Muskeltonus.

Die Discussion wurde gleichzeitig über alle drei Vorträge eröffnet:

Sachs (Breslau): Die embryologische Methode für die Erforderung der Projectionsfaserzüge findet dort ihre Grenzen, wo das Auftreten zahlreicher Balken- und Associationsfasern die Projectionsbahnen überdeckt. Es ist durch die Embryologie nicht zu erweisen, dass nach dieser Zeit sich keine Projectionsfasern mehr mit Mark umkleiden können. Es können vielmehr noch immer solche auftreten, welche zu den sogenannten Associationscentren ziehen. Wären die Flechsig'schen Auseinandersetzungen richtig, so müsste man beim erwachsenen Gehirn auch auf einander folgenden Frontalschnitten an den „Sinnescentren und Associationscentren“ zum mindesten eine etwas andere Anordnung der aus der inneren Kapsel hervortretenden Stabkranzfasern erwarten. Das ist aber nicht der Fall. — Bei der Betrachtung der Rindenfelder käme noch in Betracht, dass z. B. im Sehcentrum nicht nur Licht und Farbe, sondern auch die Formen, ebenso auch von einer Melodie nicht nur die Töne, sondern auch ihr Verhältniss zu einander wahrgenommen wird. Für diese Wahrnehmung müssen besondere Rindenfelder vorhanden sein; so ist anzunehmen, dass das Lichtfeld der fissura calcarina nur optisch-sensorisches Feld, während das für die Geistesthätigkeit viel wichtigere optisch-motorische Feld auf der convexen Fläche des Hinterhaupts- und Scheitellappens zu suchen ist. Ein ähnliches gilt für das Gehör. Es ist nicht die Annahme besonderer Centralneurone nothwendig, sondern nur die von Associationsfasern zwischen den einzelnen Sinnessphären.

Flechsig bemerkt, dass Dr. Sachs' Einwände sich weit eher gegen seine Rectoratsrede als gegen den eben gehaltenen Vortrag richten. Die

von ihm berichteten Thatsachen würden durch seine Präparate bewiesen; der Gegenbeweis könnte ebenfalls nur durch Präparate bewiesen werden, die eventuell einer Commission von Fachgenossen vorzulegen wären. —

Prof. v. Monakow (Zürich) hebt zunächst die Verdienste Hitzig's um die ganze Localisationsfrage hervor. Er ist in vielen Punkten mit Fl. einig, kann aber nicht ohne Weiteres mit ihm annehmen, dass in den Beziehungen der Sinnessphären einerseits und der Associationscentren andererseits (mit Rücksicht auf die Projectionsfasern) zu den tieferen Hirntheilen ein Gegensatz bestehe. Nach seinen experimentellen und pathologisch-anatomischen Erfahrungen müsse sowohl der Frontallappen als das Scheitelläppchen und die basalen Temporalwindungen eine directe Vertretung nicht nur im Stabkranz, sondern auch im Sehhügel haben. Denn nach Abtragung des Frontallappens am neugeborenen Thiere zeigt sich eine fortgeleitete secundäre Entartung im vorderen Abschnitte des medialen Sehhügelkerns, nach Abtragung des Scheitellappens im ventralen und nach Abtragung der basalen Temporalwindungen im hinteren Sehhügelkern (letzterer liegt zwischen äusserem und innerem Kniehöcker). Nach alten Herden beim Menschen kommen durch die secundäre Degeneration ganz ähnliche Beziehungen zwischen jenen Windungsabschnitten und den genannten Sehhügelkernen zum Ausdruck. Immerhin müsse Fl. zugegeben werden, dass der Stabkranzantheil des Stirnhirns verhältnissmässig sehr klein ist. — Im Weiteren weist v. M. auf die principiell ganz verschieden angeordnete Vertretung der Motilität und der Sinne im Cortex hin. Nach seiner Auffassung sind die Sinnessphären viel umfangreicher, als sie Fl. in seinem Schema angegeben hat. Die Sphäre für Haut- und Muskelempfindungen erstrecke sich weit über die Centralwindungen hinaus, wie denn auch zur Erzeugung einer Atrophie der Rindenschleife und der Hinterstrangkerne der gekreuzten Seite (vom Grosshirn aus) bei Thieren und Menschen Rindenzerstörungen nothwendig sind, die weit über das Gebiet der sogenannten motorischen Zone hinausgehen. Rindenfoci, wie sie für die Motilität längst anerkannt sind, finden sich in der eigentlichen Sinnessphäre und mit Rücksicht auf in der Rinde endigende Fasern nicht vor. — Was die sehr interessanten und vortrefflich zusammengefassten phylogenetischen Ausführungen Edinger's betrifft, so findet v. M. in denselben viele Ergebnisse, die mit den auf experimentell-anatomischem Wege gefundenen in der Hauptsache übereinstimmen. Vor allem macht er darauf aufmerksam, dass man experimentell im Stande ist, durch Abtragung der Grosshirnhemisphären die phylogenetisch jungen Bahnen und Centren in sämmtlichen Hirntheilen zur Verkümmerung zu bringen. In Uebereinstimmung mit Herrn Steiner nimmt v. M. bei niederen Thieren eine viel ausgebreitetere Betheiligung der niederen Hirntheile (vor allem der phylogenetisch alten Centren) an höheren nervösen Leistungen an, als bei höheren Säugern; jedenfalls sei man vorläufig nicht berechtigt (auch beim Menschen nicht), die niederen Theile von der Betheiligung an den psychischen Functionen ganz auszuschliessen.

Hitzig erkennt zunächst die anatomische Seite der Flechsig'schen Untersuchungsergebnisse an. Die physiologische hat Herr Fl. diesmal unerörtert gelassen, weswegen sich H. damit nicht näher beschäftigen will. Bei der Würdigung der anatomischen Ergebnisse erhebt er aber einen prin-

cipiellen Widerspruch. Die Behauptung, dass ein Hirntheil, z. B. der Stirnlappen keine Stabkranzfasern besässe, weil sie mit Fl.'s Methode nicht nachweisbar seien, sei nicht stichhaltig; denn Degeneerationsversuche hätten bewiesen, dass das Stirnhirn eine, wenn auch wenig umfangreiche, Stabkranzfaserung besässe. — Damit bleibt aber der von Fl. statuirte Unterschied zwischen Projections- und Associationscentren doch bestehen, und diese Unterscheidung deckt sich mit H.'s früher aufgestellten Theorie. — Munk hatte nach seinen Versuchen an Hunden und Affen geschlossen, dass kein Raum für den Sitz der Intelligenz existire. Die höheren intellectuellen Eigenschaften aber, die Fähigkeit zu abstrahiren und Begriffe zu bilden, fehlt den Thieren, weswegen Munk's Schluss auf den Menschen falsch war. — Den Stirnlappen hatte Munk für die „Fühlsphäre des Rumpfes“ in Anspruch genommen; dagegen war aber einzuwenden, dass — abgesehen vom Fühlen — die einfachen Bewegungsformen des Rumpfes die enormen Nervenmassen des Stirnlappens nicht zu erfordern schienen, wie denn auch grosse Zerstörungen desselben ohne absteigende secundäre Degeneration bestehen können. Fl.'s Nachweis, dass der Stirnlappen im Wesentlichen Associationscentrum ist, verleiht der alten Lehre von der Dignität des Stirnhirns als Organ der höheren Seelenthätigkeit eine neue Stütze. —

Eine zweite Bemerkung richtet sich gegen den vom Herrn Vortragenden gebrauchten Ausdruck „Körperfühlsphäre“ oder auch „Tastsphäre“. Der erstere Ausdruck rührt von Munk her, der in diesen Sphären die sämmtlichen Gefühle des normalen Individuums localisirt glaubte, abgesehen von den Schmerzempfindungen. Letztere werden nach englischen Forschern in den Lobus limbicus verlegt. Indessen widerspricht es einander, wenn eine grosse Region allgemein für die Schmerzempfindung beansprucht wird, die doch andererseits den Character eines Localzeichens hat. Darnach müssten die Schmerzempfindungen der einzelnen Körpertheile ebenso einzeln dort localisirt sein, wie die übrigen Empfindungen in der Körperfühlsphäre. — Wir wissen eben noch sehr wenig über die Localisation der Schmerz-, wie der übrigen Empfindungen. Nach Fl. wären diese Dinge zu einfach, thatsächlich bestehen vielmehr Zweifel. — Aus diesem Grunde ist der Ersatz von „motorische Centren“ durch „Fühl- oder Tastsphäre“ unbegründet. Reizung dieser Regionen bewirkt Bewegungen und Krämpfe, Verletzung führt zur Lähmung und zwar durch Verlust der Bewegungsvorstellungen. Demnach sind die „motorischen Centren“ Sammelplätze für das Zustandekommen der Muskelbewegung.

Adler hat, wie er bereits in einem Vortrage in der neurologischen Section ausführte, einen eigenthümlichen Symptomencomplex beobachtet, der durch die Ewald'sche Theorie von der Wirkungsweise des Tonuslabyrinths erklärt wird und eine Bestätigung desselben zu sein scheint.

Benedikt wendet sich gegen einige Ausführungen in dem Vortrage Edinger's, in denen er die Phrenologie wieder aufleben sieht. — Betreffend die Lehre von den Gleichgewichtsorganen hebt er hervor, dass Menschen ohne Labyrinth Equilibristen werden können. Eintritt bestimmter Störungen durch Reizung eines Organs beweist nicht nothwendig eine functionelle Zusammengehörigkeit.

Edinger will bezüglich des Zusammenhanges zwischen Hirnwindungen und specieller Begabung so verstanden sein, dass z. B. am Gehirn Gambetta's die Vermehrung der Sprachwindungen nicht etwa die ganze Bedeutung des Mannes ausmache, sondern dass, wer ein grosser Redner sei, weil er das Organ dazu besitze, leichter zu einer führenden Rolle unter den Menschen gelange und dadurch auch andere Theile des Gehirns mehr und mehr ausbilde. Es bestehen hier wie überall Correlationen, die im Hirn wohl wesentlich durch Associationsbahnen ausgedrückt werden. — Herrn v. Monakow gegenüber bemerkt er, dass er natürlich nicht die ganze Seelenthätigkeit in die Rinde verlegen wolle, sondern glaube gezeigt zu haben, dass man das ganze Nervensystem von der Darminnervation an bis zur Rinde als Unterlage der gesammten Seelenthätigkeit anzusehen habe; nur die höchsten Functionen seien in der Rinde localisirt.

His sieht den Schwerpunkt der Flechsig'schen Entdeckungen 1. im anatomisch geführten Nachweis primärer Sinnescentren innerhalb der Hirnrinde und des Zusammenhanges dieser Centren mit den tiefer liegenden Apparaten; 2. in der Feststellung der zeitlichen Reihenfolge, in der die einzelnen Rindenbezirke markhaltig werden. Die von Fl. gegebene Umgrenzung der Sinnesgebiete gelte aber nur für einen ganz bestimmten Zeitpunkt der Entwicklung. Fl. selbst habe gezeigt, dass die Markbildung in anstossende Associationsgebiete, vor allem in das parietale Zwischengebiet weiter schreite. Wenn v. Monakow und Hitzig eine grössere Ausdehnung der Sinnessphären beanspruchen, so wird festzustellen sein, inwieweit das, was sie hinzufügen, unter den Begriff solcher secundärer Einstrahlungsgebiete fällt.

24. September, Vormittags.

480) Dr. **Alzheimer** (Frankfurt a. M.): Ueber die anatomische Ausbreitung des paralytischen Degenerationsprocesses.

Nach den histologischen Veränderungen lassen sich 2 Formen der progressiven Paralyse in ihren ausgesprochenen Typen unterscheiden.

1. Die acute Form mit acutem Beginn, ungeheuer stürmischem, in wenigen Wochen zum Tode führenden Verlauf, dem Delirium acutum ähnlich, aber keineswegs alle Fälle von Delirium acutum umfassend, gegen Ende gewöhnlich durch das Auftreten eigenthümlicher Zuckungen in der gesammten Körpermuskulatur ausgezeichnet. — Diese Fälle führen so rasch zum Tode, dass es weder zu einer merkbaren Atrophie des Gehirns, noch zu wesentlicher Trübung der Pia oder zur Vermehrung der Gliafasern, manchmal auch nicht zu einem nachweisbaren Ausfall von Markfasern oder zu einer wesentlichen Alteration der Gefässe kommt. Dagegen finden sich schwere Veränderungen in den Ganglienzellen, characterisirt durch hochgradige Betheiligung des Kernes (vergl. Nissl), mehr oder minder zahlreiche Theilungsfiguren in den Gliakernen und eine Neigung des Zellleibes der Gliazellen, lange protoplasmatische Fortsätze anzunehmen. — Solche Zellveränderungen finden sich nicht nur in der Rinde, sondern auch in den Stammganglien, den Kernen der Medulla, und, wenn schon weniger allgemein und intensiv, im Rückenmark und den Spinalganglien, Karyokinesen in den

Gliazellen habe er ausser in der Hirnrinde im Pulvinar und Boden der Rautengrube gefunden. —

Aus diesem anatomischen Befund ergiebt sich, dass man die Paralyse nicht als eine entzündliche Erkrankung auffassen muss, sondern als eine durch Intoxication bewirkte Degeneration der nervösen Substanz. Bei urämischer Intoxication und experimentell bei Thieren erzeugten Vergiftungen kann man histologisch wohl vergleichbare Bilder erhalten.

Viel häufiger ist die 2. Form der chronisch verlaufenden Paralyse. — Da die Gliawucherung für sie ausserordentlich typisch ist, ermöglicht uns die neue Weigert'sche Methode leichter als früher die Ausbreitung des paralytischen Degenerationsprocesses über das centrale Nervensystem festzustellen. Bemerkenswerth ist die Thatsache, dass die Gliawucherung keineswegs immer der Zelldegeneration parallel geht. Es giebt Paralysen mit hochgradiger Zelldegeneration und geringer Wucherung der Glia und es hat den Anschein, dass diese Formen auch klinisch sich einigermassen characterisiren lassen. Die Thatsache beweist auch, dass die Gliawucherung nicht ausschliesslich Folge des Ausfalls nervöser Substanz ist.

Die Ausbreitung des paralytischen Degenerationsprocesses über die Hirnrinde ist uns schon durch die Untersuchungen Tuczek's mit der Exner-schen Methode im Wesentlichen erschlossen worden. Durch die Gliamethode wird noch deutlicher, dass sich sehr häufig in sonst noch wenig verändertem Gewebe mehr oder minder circumscripte Herde der schwersten Degeneration finden. Sehr wechselnd erscheint die Betheiligung des Schläfelappens, einmal war der Hinterhauptslappen ganz vorzugsweise betheiligt. Bei der Abhängigkeit der einzelnen Gehirnpartien von einander und bei dem oft ausserordentlich chronischen Verlauf der Paralyse müssen wir nach ausgedehnten Degenerationen in der Rinde secundäre Degenerationen in den subcorticalen Centren erwarten. Thatsächlich zeigen die Präparate, dass in keinem Falle vorgeschrittener Rindenatrophie eine Vermehrung der Glia in den Markleisten, dem Centrum semiovale und dem Thalamus vermisst wird. Ausserdem finden sich aber auch in den subcorticalen Regionen zweifellos „primäre paralytische Veränderungen, welche denen in der Rinde entsprechend sind. Solche wurden beobachtet oft in einem sehr erheblichen Grade im Thalamus, dann in der Regio subthalamica, den Vierhügeln, dem centralen Höhlengrau, dem Kleinhirn, wo sie schon von Weigert beschrieben worden sind, in der Region der Kerne der Medulla und in der grauen Substanz des Rückenmarks. — Sie sind nicht in allen Fällen in gleichem Maasse vorhanden, es giebt aber Paralysen, wo sie bereits einen hohen Grad erreicht haben, wenn die Veränderungen in der Rinde noch nicht sehr erheblich sind. Auf die Beziehungen des anatomischen Befundes zu den klinischen Erscheinungen kann A. hier nicht eingehen. Doch glaubt er, dass es gelingen müsse, schon am Krankenbette zu sagen, dass man es nicht nur mit einer Paralyse zu thun habe, sondern auch welcher Art der paralytische Process sei und wo er vorzugsweise eingesetzt habe. (Autorreferat.)

481) Dr. **Leop. Auerbach** (Frankfurt a. M.): Zur Anatomie und Physiologie der Nervenfasern.

Vortragender weist einleitend auf die grossen Fortschritte der Wissenschaft hin, die sich an die Namen Golgi, Ramon y Cajal, Kölliker, Flech-

sig u. A. knüpfen, und hebt hervor, dass, nach der Erkenntniss der Einheit der Neurone, nunmehr dieses als Grundlage aller weiteren Erforschung des functionellen Zusammenhanges der Ganglienzellen und Nervenfasern angesehen werde, während die Unterscheidung von Axencylinder und Dendriten für die Richtung der nervösen Leitung innerhalb des Neurons herangezogen werde. Da nun in den uns physiologisch am genauesten bekannten Fasersystemen die Erregung von der Ganglienzelle durch den Axencylinder fortschreitet, so hat man diesen Vorgang als allgemein, den Axencylinder als centrifugal leitend, die Dendriten als aufnehmend angesehen, während Bechterew z. B. sie als doppelleitend annimmt. Weniger Aufmerksamkeit habe man aber der Frage geschenkt, ob der Axencylinder in allen Theilen gleichmässig beschaffen, ob die Endzweige, die Abgangsstellen der Collateralen, kurz alle marklosen Stellen von dem markumkleideten Hauptstück unterschieden seien. — Eine neue von A. gefundene Färbemethode sei vielleicht geeignet, einige Klarheit darüber zu schaffen. Kurze Angabe der noch nicht ganz zuverlässigen Methode: Nach Chrombeizung von bestimmter Art folgt Beizung durch Arg. nitr., dann Färbung mit molybdänsaurem Hämatoxylin und Differenzirung nach Pal. Dadurch werden gewöhnlich Gliagewebe und Ganglienzellen entfärbt, während dunkelblau die Axencylinder derjenigen Fasern bleiben, welche bei der Weigert'schen Methode als markhaltig erscheinen. Eine elective Färbung aller marklosen Fasern gelang trotz vieler Versuche nicht. Dagegen fand A. bei einer Abänderung seiner Methode folgende Bilder: Entfärbte Glia, ziemlich gleichmässige Tinction der Ganglienzellen und der Axencylinder sowohl an markhaltigen, wie an marklosen Stellen. Ueberall in der grauen Substanz um die Ganglienzellen und ihre protoplasmatischen Ausläufer ein Geflecht von feinsten Fäserchen mit Knötchen an den Enden. Von diesen lehrte der Vergleich mit Golgipräparaten, dass sie zum Theil protoplasmatisch, zum grossen Theil aber nervöser Natur waren, ferner der Vergleich mit Weigert-schen Präparaten, dass sie nicht markhaltig sind. Es zeigte sich also ein differentes Verhalten der marklosen und markhaltigen Axencylinder gegenüber beiden Färbemethoden, wobei die Dicke der Fasern nicht massgebend sei. Ferner färbt sich so wie der Axencylinder in den Ganglienzellen nicht die Substanz der Nissl'schen Granula am stärksten, sondern ein wohl nervöser Function dienender Bestandtheil, so dass die nächste Verwandtschaft zwischen diesem Theil der Ganglienzellen, den Dendriten und den marklosen Axencylindern zu bestehen scheint; die markhaltigen Theile aber scheinen höher differenzirt als die genannten Elemente. Daran knüpft Vortragender eine theoretische Erörterung über die Function dieser Elemente; die Axencylinder dienen nur der Kraftübertragung, die Ganglienzelle besitzt aber neben allen anderen Eigenschaften auch noch die Thätigkeit des Gedächtnisses. Die eine gangbare Erklärung dieser Thätigkeit ist die, dass sich in der Zelle Erinnerungsbilder ablagern sollen. Damit könne aber die associative und logische Verknüpfung nicht erklärt werden. Die zweite von Wernicke, Sachs u. A. begründete ist die der „ausgeschliffenen Bahnen", die zwar ein Fortschritt sei, aber gewissen Einwänden nicht Stich halte. So sei es nicht denkbar, dass in den markhaltigen Associationsfasern durch Fortschaffung von Widerständen bei wiederholter Inanspruchnahme eine

dauernde Umwandlung vor sich gehe, da sie im Bau völlig den peripheren Nerven glichen; ebenso wenig sei die Anschauung von stehenden Wellen innerhalb der Fasern bei gleichzeitiger Erregung zweier Rindenzellen zu halten gegenüber der Vorstellung der einseitigen Leitung im Neuron. Eher sei die Frage zu entscheiden, wenn man den Unterschied zwischen den marklosen Endigungen und dem markhaltigen Hauptstück betrachtet. Während letztere der Leitung dienen, bewirken erstere die associative Verknüpfung. Erinnerung und Gewöhnung lässt sich daher am besten so verstehen, dass mit der gleichzeitigen Erregung eine lose Verkettung stattfindet, die den Reiz überdauert. Man kann sich vorstellen, dass dabei in der Zelle wie in den sie erregenden Nervenendigungen ein Bruchtheil von Energie zurückbleibt, wobei wir die in der nervösen Zellsubstanz sich aufspeichernde Kraft gewissermassen als positiv, die den Nervenenden zu Theil gewordene als negativ betrachten müssen. Diese beiden Kräfte würden sich also zu binden suchen unter gewisser Spannung. Wird nun die erste Zelle von Neuem in Erregung versetzt, so breitet diese sich zuvor in alle Endigungen gleichmässig fort, wird aber an derjenigen Stelle am ehesten den Schwellenwerth überschreiten, wo von früher her eine Energiemenge aufgespeichert war; eine Zelle wird also am raschesten in Erregung versetzt und ein bestimmter Gedanke taucht in der „Enge des Bewusstseins“ auf. —

Was nun die marklosen Abgangsstellen der Collateralen anbetrifft, so sollen sie wahrscheinlich der Leitung grösseren Widerstand leisten; möglicher Weise nimmt dieser aber im Laufe der Zeit ab; wenigstens lassen bestimmte Befunde, die Vortragender an seinen Präparaten machte, diese Deutung zu. —

482) Prof. Dr. **Virchow** (Berlin): Demonstration der Mikrocephalin Margaretha Becker aus Bürgel bei Offenbach.

483) Dr. **Bruns** (Hannover): Klinische Erfahrungen über die Function des Kleinhirns.

Br. weist unter kurzer Anführung der neueren Experimente von Luciani, Ferrier, Bechterew, Ewald nach, dass noch Unsicherheit über die Functionen des Kleinhirns herrsche. Mehr Klärung dürften die klinischen Erfahrungen bringen. Und zwar seien von Kleinhirnerkrankungen besonders zu verwerthen die seltenen alten Blutherde und Fälle sclerotischer Atrophie; ferner auch die Tumoren. Unbrauchbar dagegen für diesen Zweck seien die angeborenen Defecte wegen der Betheiligung des Grosshirns. — Vom Kleinhirn direct abhängig sind cerebellare Ataxie und Schwindel; Ataxie besonders bei Wurmerkrankungen und vielleicht immer bei solchen der hinteren Partien. Ataxie und Schwindel sind aber keine specifischen Symptome für Kleinhirnerkrankungen, wie der Schwindel bei Ohrenleiden, die Ataxie bei Rückenmarks-, Bulbus-, Vierhügel- und Stirnhirnerkrankungen lehrt. Anatomisch sehe man, dass von allen diesen Stellen Bahnen verlaufen, die mit dem Kleinhirn zusammenhängen, weswegen ihre Läsion dieselben Symptome erzeuge. — Zweifelhafter sei der Zusammenhang bei Nystagmus, Intentionstremor und scandirender Sprache. Möglicher Weise würde auch durch Erkrankungen des Kleinhirns Parese der gleichseitigen

Körpermuskulatur bedingt. — Was im Speciellen die Form der Kleinhirnataxie betrifft, so tritt sie einmal als demarche de l'ivresse auf, ein andermal, aber seltener, ähnlich der tabischen; in ersterer Form bei Erkrankungen des motorischen, in letzterer bei solchen des sensiblen Antheils des Kleinhirnreflexbogens. — Der Schwindel beruhe vielleicht auf der Erkrankung der intracerebellaren Fortsetzung des Vestibularnerven. — Besondere Beachtung verdienten bei der Diagnose: Intensität, Dauer, Verlauf und Aufeinanderfolge der Symptome, sowie die Nachbarschaftssymptome; letztere besonders mit Rücksicht auf die Seite, auf welcher ein Tumor sitzt. Aber von der Operation letzterer sei auch bei genauer Kenntniss des Sitzes abzurathen, da die Erfolge zu spärlich sind. Dagegen sollten Abscesse immer operirt werden.

Discussion:

Anton macht darauf aufmerksam, dass bei Kleinhirntumoren wiederholt nachgewiesen wurde, wie dabei die hinteren Rückenmarkswurzeln (extra- und intraspinal) zerfallen. Diese Veränderung scheine viel Bezug zur cerebellaren Ataxie zu haben. Ferner hat A. in letzter Zeit nachgewiesen, wie das Kleinhirn vermöge seiner Lage auch bei allgemeinen Hirnerkrankungen in Mitleidenschaft gezogen werden kann.

Sänger hebt hervor, dass im Verlust der Patellarreflexe ein wichtiges diagnostisches Moment liege; ferner habe er bei Kleinhirntumoren sicher Nystagmus beobachtet, dagegen nicht so häufig, wie Vortragender Augenmuskellähmungen, niemals Blicklähmung.

Benedikt will bei cerebellaren Störungen unterschieden wissen zwischen Lähmung, Schwäche und Erschöpfbarkeit. In Bezug auf den Einfluss des Vestibularnerven weist er auf jene Fälle von Taubstummheit hin, die bei der Necropsie totale Zerstörung der Bogengänge, im Leben aber weder Gleichgewichtsstörungen noch Schwindel zeig'en.

Adler erinnert aber daran, dass bei der Section von Taubstummen etwa 50% der Labyrinthe normal gefunden wurden und annähernd die gleiche Verhältnisszahl im Leben keine Gleichgewichtsstörungen zeigte.

Bruns erwidert, dass ihm die Angaben von Anton bekannt seien, er aber nicht hätte darauf eingehen können; Nystagmus habe er häufig den Augenmuskellähmungen voraufgehen sehen. —

484) Dr. **Facklam** (Halle): Ueber Huntington'sche Chorea.

Vortragender kommt auf Grund der bisher beschriebenen Fälle und der Beobachtung von 8 Fällen aus der Hallenser Nervenklinik, sowie auf Grund eines microscopisch genauer untersuchten Falles zu dem Schlusse, dass die Huntington'sche Chorea eine Krankheit sui generis ist und nichts mit anderen Choreaformen zu thun hat. Insbesondere zeichnet sie sich vor der gewöhnlichen Sydenham'schen Chorea durch folgende characteristische Momente aus: 1. die H. Ch. befällt vorwiegend Erwachsene; 2. die H. Ch. entwickelt sich in der Regel auf erblicher Basis, während die Ch. minor als eine Infectionskrankheit anzusehen ist; 3. die H. Ch. ist stets eine chronische Krankheit mit langsamer Entwicklung, progressivem Verlauf und unheilbar; 4. Der Hauptunterschied besteht darin, dass die H. Ch. fast stets mit schweren psychischen Erscheinungen einhergeht, die einen aus-

gesprochen chronischen Character mit degenerativer Tendenz zeigen, als deren anatomisches Substrat schwere organische encephalitische Processe der Hirnrinde mit Atrophie anzusehen sind, während die Seelenstörungen bei der Chorea minor vorübergehende sind und nie degenerativen Character tragen. —

Discussion:

Moeli frägt nach dem Gesammtgewicht des Hirns in dem untersuchten Falle.

Remak frägt, ob Vortragender einen Nachlass der Erscheinungen bei intendirten Bewegungen gesehen habe, wie das für die H. Ch. als pathognomisch beschrieben sei. Ferner sei von Interesse, ob sich die Complication mit Epilepsie bestätigt habe.

Kräpelin möchte mit Bezug auf einen von ihm beobachteten Fall Genaueres über die vom Vortragenden geübte Differentialdiagnose zwischen der H. Ch. und der Paralyse erfahren.

Facklam erwidert, dass in seinem Falle deutliche Atrophie und ein Hirngewicht von ca. 1100 gr vorhanden gewesen. Ein constanter Einfluss der intendirten Bewegungen auf die choreatischen Bewegungen konnte nicht beobachtet werden. — Unter den beschriebenen 8 Fällen waren 2 mit epileptischen Störungen. — Die Differentialdiagnose zwischen H. Ch. und der progressiven Paralyse ist zuweilen recht schwer, besonders im Endstadium; doch dienen zur Erkennung der H. Ch. folgende Momente: sie tritt von Anfang an viel chronischer auf und entbehrt der körperlichen Symptome der progressiven Paralyse. — Denn abgesehen von der choreatischen Sprachstörung, die von der paralytischen wohl unterschieden ist, war in den bezeichneten Fällen nur eine Steigerung der Reflexe zu finden, während sonstige körperliche Symptome der Paralyse fehlten.

485) Prof. **Anton** (Graz): Die Bedeutung des Balkenmangels für das Grosshirn. (Folgt in nächster Nummer.)

24. September, Nachmittags.

Rundgang durch die städtische Irrenanstalt.

Im Anschluss daran demonstrirte zunächst:

486) Dr. **Sänger** (Hamburg) einen Schlitteninductionsapparat mit Vorrichtung zur Untersuchung und Behandlung mit beliebig wechselnden Stromstärken von der Electrode aus.

487) Derselbe: Ueber eine neue Pupillenreaction.

Vortragender fand in einem Falle von Tabes das linke Auge total blind, trotzdem aber erhaltene Lichtreaction; dieselbe verstärkte sich nach 5stündigem Aufenhalte im absoluten Dunkelraum; dabei stellte sich auch eine Lichtempfindung bei starker Beleuchtung ein. S. stellte darauf in 10 Fällen, meist cerebraler Lues, mit erloschener Reaction fest, dass dieselbe nach längerem Aufenthalt im Dunkelraum nachweisbar wurde, während bei 10 Fällen ausgesprochener Tabes dasselbe nicht eintrat. In einem Falle von Syringomyelie besserte sich unter dieser Bedingung auch die Erweiterungsfähigkeit der Pupille. — Vortragender ist nach seinen Er-

fahrungen geneigt, der beschriebenen Reactionsweise eine differential-diagnostische Bedeutung für die Entscheidung zwischen peripherer und centraler Läsion des Reflexbogens, wie zwischen cerebraler Lues und Tabes zuzusprechen. —

Im Anschluss daran zeigt S. einen Apparat, der durch einen photographischen Momentverschluss gestattet, die Zeit der Belichtung auf's genaueste abzustufen. — (Nachtrag folgt.)

III. Bibliographie.

LXXIV) Prof. Paul Flechsig: Gehirn und Seele.
(Leipzig, Veit & Co., 1896. II. Ausgabe.)

Die 2. Ausgabe dieses bekannten Vortrages, der gewissermassen ein Programm der heutigen wissenschaftlichen Psychiatrie darstellt, ist um eine Fülle interessanter und schätzenswerther Resultate aus dem hirnanatomischen Laboratorium des berühmten Forschers bereichert worden Dieselben findet man dort jedoch nur anmerkungsweise und durch Bemerkungen anderer Natur unterbrochen vor und das nachfolgende Referat soll versuchen, dieselben in geschlossener und übersichtlicher Form in Kürze, doch möglichst erschöpfend wiederzugeben. Den anatomischen Resultaten zu Liebe lassen wir die aus diesem Gebiet heraustretenden Gedankenreihen, die Perspectiven, die sich dem unermüdlichen Forscher vom Standpunkt der Hirnanatomie auf das seelische Gebiet eröffnen, unberücksichtigt, erwähnen aber das eine, dass sich F. da, wo es sich um transcendentale Fragen bezüglich der Seele handelt, zugegebenermassen Schopenhauer nähert. Indem wir vorausschicken, dass F. auf Grund seiner Studien am Hirn menschlicher Föten oder neugeborener Kinder die Oberfläche desselben in Sinnessphären und Associationscentren eintheilt, begeben wir uns alsbald in medias res.

I. Sinnessphären. (Innere Sinne.)

Als Sinnessphären bezeichnet F. „alle Rindenbezirke, welche mit einem Stabkranz versehen sind und hierdurch mit subcorticalen Centren des Gehirns und Rückenmarks, seien es Kerne sensibler und motorischer Nerven- oder Reflexcentren höherer Art und dergleichen mehr, in Verbindung stehen.“ Nun giebt es aber nach F. keine reinen Sinnessphären, ebenso wenig wie rein motorische Bezirke in der Grosshirnrinde, weil neben den Endverzweigungen der sensibeln Leitungen die Ursprungszellen der motorischen Bahnen sich befinden, gleichwohl geschieht die Benennung der einzelnen Sphären a potiori, nach der betreffenden Sinnesart. Solcher Sinnessphären, die unter sich von anderen eines Stabkranzes entbehrenden Gebieten getrennt sind, giebt es:

1. Die Körperfühlsphäre. Hintere Grenzen: hinterer Rand der hinteren Centralwindung und des Lobulus paracentralis. Vordere Grenze: durch die Untersuchung am Kinde schwer bestimmbar, weil hier die Stabkranzbündel sich erst entwickeln, nachdem bereits ein grosser Theil des Balkens markhaltig geworden ist.

Zunächst (im achten Fötalmonat) sind die sensiblen Bahnen der Centralwindungen, besonders der hinteren, zu markhaltigen Fasern entwickelt, welche nach unten direct mit dem Hauptttheil der Schleifenschicht, dem äusseren Thalamuskern, dem rothen Kern der Haube und den oberen Kleinhirnstielen zusammenhängen; F. hat schon früher diesen ganzen Complex sensibler Leitung mit dem Namen „Haubenstrahlung" belegt. Etwa im neunten Fötalmonat werden die centrifugalen Bahnen der Centralwindungen bezw. der Körperfühlsphäre, die Pyramidenbahnen, markhaltig, von der inneren Kapsel zum Lobulus paracentralis, zur gesammten vorderen Centralwindung und dem hinteren Theil der 1. Stirnwindung ziehend. Um ein Kurzes später werden Stabkranzfasern markhaltig, welche vom Thalamus und Globus pallidus zur Riechsphäre im Stirnlappen, zum Innenrand aller Längsabschnitte des Gyrus fornicatus, zur Riechsphäre des Schläfenlappens und des Gyrus hippocampi gelangen.

Im ersten Lebensmonat entwickelt sich der Stabkranz der 2. (hinterster Theil) und 3. Stirnwindung und des mittleren Drittels des Gyrus fornicatus, vom Hauptkern (incl. vorderen Kern) des Thalamus her. Im zweiten und dritten Monat wird die frontale Grosshirnrinden-Brückenbahn markhaltig; sie bildet das innere Drittel des Hirnschenkelfusses, löst sich zum grossen Theil im grossen Brückenganglion auf und ist die motorische Bahn der Körperfühlsphäre für die bilateral innervirten nicht von der Pyramidenbahn versorgten Muskelgebiete (Rumpf, Nacken, Augen — 3. Stirnwindung, untere Theile der vorderen Centralwindung, hintere Abschnitte der 2. und 1. Stirnwindung.)

Obgleich die Projectionsfasern der 3. Stirnwindung schon relativ früh (im 1. Monat) durch markhaltige Associationssysteme verdeckt werden, fand F. diese Windung zusammenhängend mit folgenden subcorticalen Centren: 1. mit dem Sehhügel (lateraler Kern und Hauptkern), 2. mit dem Linsenkern (Globus pallidus), 3. mit der Subst. innominata (perforata anterior), die ihrerseits wieder mit Globus pallidus und Sehhügel innig verbunden ist. Während hierher auf dem Wege durch die oberen Kleinhirnstiele und die Schleife die vom Trigeminus, Vagus und Glossopharyngeus aufgenommenen Empfindungen im Bereich des Sprachapparates (Schleimhaut, Muskeln, Sehnen) gelangen und die Vorstellungen der Sprachbewegungen auslösen, verläuft die die Sprachbewegungen selbst auslösende Bahn wahrscheinlich von der 3. Stirnwindung in der „frontalen Grosshirnriuden-Brückenbahn" durch die innere Kapsel zum Hirnschenkelfuss und zur Brücke. Der Sitz der Eigenwahrnehmungen der Sprachbewegungen dehnt sich jedoch bis gegen die Insel aus.

Interessant ist auch die Reihenfolge, in der sich die 3. Stirnwindung durch Associationssysteme mit den übrigen Rindenregionen verbindet.

a) (Ende des 1. Monats) markhaltige Faserzüge zur äusseren Kapsel und von da zur Subst. perfor. ant.; hier, wo sie enden, entwickeln sich fast gleichzeitig Markfasern, welche von der 1. Schläfenwindung her zur Basis des Linsenkerns gelangen und sich in der Subst. perfor. ant. verlieren.

b) Bahnen, welche vom Trigonum olfactorium, vielleicht auch vom Gyrus uncinatus ausgehen.

c) Das directe Associationssystem der 1. Urwindung, aus der 3. Stirnwindung im Klappdeckel dicht über der Insel bezw. der äusseren Kapsel bis in die Hörsphäre gelangend; es giebt zahlreiche Fasern an die Rinde der Centralwindungen ab.

d) Verbindung mit dem frontalen Associationscentrum und dem der Insel und vermittelst des letzteren indirect mit den in ihr zusammentreffenden Bahnen aus den unteren Theilen der Centralwindungen, dem Gyrus supramarginalis und der Hörsphäre.

„Die Insel macht also anatomisch betrachtet wie klinisch den Eindruck eines **Centrums,** welches sämmtliche, an der Sprache betheiligten motorischen und sensiblen Rindenfelder zu einem einheitlichen Ganzen zusammenfügt und welches insbesondere befähigt erscheint, Gehörseindrücke und Bewegungsbilder der Lippen, der Zunge, des Gaumens, Kehlkopfs etc. zu verknüpfen."

Die sich hieran anschliessenden klinischen Betrachtungen über die sensorische Aphasie, die in erster Linie eine Wahrnehmungsstörung ist (in Folge Zerstörung der linken Hörsphäre, während die Gedächtnissspuren der Wortklangbilder auch ausserhalb der Hörsphäre zu suchen sind, besonders im hinteren grossen Associationscentrum) müssen wir hier übergehen.

Die Centralwindungen der Körperfühlsphäre, aber auch deren vordere Abschnitte, insbesondere die hintere Hälfte der 1. Stirnwindung sind durch das Vorkommen grosser Pyramidenzellen, welche den grossen Zellen der Vorderhörner entsprechen, ausgezeichnet; der Gyrus fornicatus dagegen durch grosse spindelförmige Zellen, wie sie nirgends in der Hirnrinde wiederkehren.

Geschmack, Geruch, soweit er durch den Trigeminus vermittelt wird, und die Wollustgefühle, soweit sie durch die Haut und Schleimhaut der äusseren Geschlechtsorgane vermittelt werden, sind an die Körperfühlsphäre gebunden, desgleichen auch der Durst (vermittelst Trigeminus und Glossopharyngeus); da ferner von der Körperfühlsphäre auf Grund klinischer und experimenteller Thatsachen auch Erscheinungen am Circulations- und Respirationsapparat, welche man als körperliche Rückwirkungen der Gemüthsbewegungen bezeichnet, ausgehen und in ihr die durch diese körperlichen Rückwirkungen entstehenden Gefühle zum Bewusstsein kommen, so erscheint jene als „Centralherd der Affecte und Ausgangspunkt der Associationen zwischen Affect-Gefühlen und andersartigen Vorstellungen."

2. Riechsphäre und Gyrus hippocampi. Die Fasern des Tractus olfactorius, der erst nach den sensiblen Leitungen der Centralwindungen markhaltig wird, werden zum kleinen Theil im Tuber olf., in der inneren Stirnwindung und im basalen Anfangsstück des Gyrus fornicatus, das durch das Vorhandensein nur einer Ganglienzellenschicht (Spindelzellen) ausgezeichnet ist, hauptsächlich aber im Gyrus uncinatus und zwar in einem Rindengebiet, „welches sich durch eine Körnerschicht unmittelbar unter der zellenarmen obersten Schicht auszeichnet, welche mit der Kernschicht der Fascia dentata bezw. des Ammonshorns im Bau durchaus übereinstimmt und auch continuirlich mit derselben zusammenhängt." Verbunden ist der Gyrus uncinatus mit dem Mandelkern, dem Ammonshorn,

der Fascia dentata (Associationssystem), ferner der vordere Theil der Riechsphäre (Subst. perfor. ant.) über Balken (Lancisische Streifen) und Mark des Sept. pellucidum (Fornix longus) hinweg mit dem Gyrus hippocampi (ebenfalls Associationssystem).

Von den Stabkranzfasern der Riechsphäre werden zuerst der frontalen und temporalen Riechrinde angehörige Fasern, welche in den Globus pallidus des Linsenkerns eintreten, markhaltig, alsdann solche, „welche zum Thalamus opticus ziehen und theils durch den vorderen Schenkel der inneren Kapsel verlaufen, theils von der Gegend des Mandelkerns her an der Aussenseite des Unterhorns entlang ziehend, mit den Fasern der Sehstrahlung vereinigt unten aussen in den Sehhügel eintreten."

Ein von der Subst. perf. ant. ausgehender. an der Innenseite des Thalamus zu dessen Tænia emporsteigender, nach hinten zum Ganglion habenulæ gelangender und theils hier endender, theils durch die Zirbelstiele mit dem vorderen Vierhügel in Verbindung tretender Faserzug vermittelt vielleicht auf Geruchseindrücke erfolgende reflectorische Bewegungen des Kopfes (Schnüffeln); er wird sehr früh markhaltig.

Die Möglichkeit der Uebertragung von Geruchsreizen auf die Medulla oblongata hat folgende anatomische Grundlage: Die Fasern des Fornix, also aus dem Gyrus hippocampi, welche zum Corp. mamm. verlaufen, enden sämmtlich in dessen medialem Ganglion und aus dem lateralen Kern des Corp. mamm. gelangt ein Bündel in das centrale Höhlengrau (Ganglion dorsale Tegmenti).

Beziehungen des Gyrus hippocampi zu Sinnesnerven, zu Trieben (zum Glossopharyngeus, Vagus, Trigeminus etc.) sind dadurch ermöglicht, dass sich seine Stabkranzbündel in Sehhügel und Linsenkern mit dem oberen Kleinhirnstiel und der Schleife berühren.

In der Subst. perfor. ant. kommen zusammen: Fasern aus Linsenkern und Sehhügel, aus der 1. Schläfen-, der 3. Stirnwindung, aus der Körperfühlsphäre (vielleicht auch aus der Sehsphäre) und aus Associationscentren, besonders dem Gyrus rectus. Sie bildet demnach einen wichtigen Centralpunkt.

3. Sehsphäre. Erst wird der Sehnerv markhaltig, und zwar bei einer Länge des Kindes von 50 cm, nachher der Tractus, zuletzt die Sehstrahlung. Die Macula lutea steht (nach allerdings nur einem Befunde am Kinde zu schliessen) nur mit dem äusseren Kniehöcker in direct leitender Verbindung, die vorderen Vierhügel und Sehhügel direct nur mit den peripheren Theilen der Netzhaut, indirect durch den äusseren Kniehöcker auch mit der Macula. Die Kniehöckerfasern wiederum enden ausschliesslich in der Wand der Fissura calcarina.

Durch die zwischen Sehsphäre und Sehhügel bezw. vorderem Vierhügel verlaufenden Fasern, auch durch den Hauptkern des Sehhügels wird wahrscheinlich die Sehsphäre mit motorischen Sphären in Verbindung gesetzt.

Sehr wichtig ist folgender Hinweis: Das der siebenschichtigen Netzhaut entsprechende Rindengebiet (Strahlung des äusseren Kniehöckers) ist das schichtenreichste von allen Rindentheilen (hat übrigens auch structurelle

Aehnlichkeit mit der Netzhaut); dem einschichtigen Riechepithel entspricht eine Rindenpartie mit nur einer Ganglienzellenschicht.

Fasern, welche von der Sehsphäre nach dem Balkenwulst und in die andere Hemisphäre ziehen, werden erst bei einige Wochen alten Kindern markhaltig; die aus der einen Sphäre kommenden Fasern verbreiten sich in der anderen Hemisphäre in unmittelbarer Nachbarschaft der dortigen Sehsphäre.

Associationsfasern, welche die Sehsphäre direct mit anderen Sinnessphären verbinden, hat F. nicht mit aller Sicherheit nachgewiesen, nur ein sehr frühzeitig Mark ansetzendes Faserblatt, welches zum Cingulum geht und gegen die Körperfühlsphäre verläuft.

4. Hörsphäre. Die Untersuchung an neugeborenen und sehr jungen Kindern zeigt, dass auch die Gyri temporal transvers., die Wurzeln der 1. Schläfenwindung Endstationen des N. cochlearis enthalten; an letzterer treten auch am ersten markhaltige Fasern auf (2. Lebensmonat).

Der Verlauf der N. cochlearis-Fasern zur Hörsphäre ist folgender: Die Faserbündel der Bindearme des hinteren Vierhügels (Fortsetzung des N. cochlearis) treten zu einem Theil in den inneren Kniehöcker, fasern sich dort auf und andere treten wiederum aus diesem heraus und verbinden sich mit dem bei dem Kniehöcker vorbeigezogenen Theil der Bindearmfasern zu gemeinschaftlichem Verlauf hinter und unter dem Sehhügel zur inneren Kapsel, „durchqueren dieselbe und gehen dann in 2 Bündel getrennt zu den Querwindungen des Schläfenlappens. Das eine steigt in der Nähe der äusseren Kapsel empor und gelangt von hinten oben in die Hörsphäre, das zweite verläuft eine Strecke weit mit der Sehstrahlung und steigt, die Fossa Sylvii von hinten umgreifend, im Schläfelappen selbst dicht neben der 2. und 3. Windung zu Querwindungen empor."

Der N. cochlearis kreuzt sich partiell in der Brücke und im hinteren Vierhügel, daher keine complete Taubheit des gegenüberliegenden Ohres bei Erkrankung einer Hörsphäre.

Ueber etwaige Beziehungen des N. vestibularis zur Hörsphäre ist nichts Sicheres festgestellt.

Auch die Hörrinde hat einen besonderen Bau: 6 Schichten (an manchen Hirnen einen Vicq d'Azyr'schen Streif), eigenartige Zellformen mit cylindrisch gestaltetem Körper und zahlreiche grosse Pyramidenzellen.

Erregungszustände der Hörsphäre werden vermuthlich durch die temporale Grosshirnrinden-Brückenbahn (von der 1. Schläfenwindung zum grossen Brückenganglion, das äusserste Viertel des Hirnschenkelfusses bildend) auf die Bewegungsapparate der Ohren übertragen.

Während für Kopf- und Augenbewegungen (mindestens) 3 motorische Zonen anzunehmen sind, nämlich erstens die motorische Zone in den Centralwindungen, zweitens und drittens solche, wo diese Bewegungen auch von der Sehsphäre bezw. Hörsphäre angeregt werden können, dient den Extremitäten-, Gesichts- und Zungenmuskeln ausschliesslich die erstgenannte zur Innervation.

II. Associationscentren („Denkorgane".)

1. Das hintere grosse Associationscentrum; es umfasst: Präcuneus, die gesammten Scheitelwindungen, Theile des Gyrus lingualis

die Spindelwindung, die 2. und 3. Schläfenwindung mit Einschluss des Polus temporalis, die vorderen auf der Aussenfläche des Gehirnes gelegenen Abschnitte aller 3 Occipitalwindungen. Vordere Grenze: Sulcus calloso-marginalis. Der occipitale Theil beginnt mit der Markbildung. Durch besonderen Reichthum an Nervenmark characterisirt und dadurch von der Umgebung unterschieden ist ein an der Grenze der 2. Occipital- und 2. Schläfenwindung befindliches Gebiet; nach dem Verlauf der Radiärfasern zu urtheilen, ist es nicht zu den Sinnessphären, sondern zu den Associationscentren zu rechnen (Ort der optischen Aphasie).

Die starke Entwicklung des hinteren grossen Associationscentrums ist characteristisch für das Gehirn geistig hochstehender Menschen. (Verkürzung der Affenspalte durch die starke Entwicklung der oberen Scheitelwindung, Rüdinger).

2. Das mittlere Assationscentrum. Dasselbe deckt sich mit der Insula Reilii (s. oben unter 1, d).

3. Das vordere Associationscentrum; vordere Hälfte der 1. und grösster Theil der 2. Stirnwindung, Gyrus rectus. Projectionsfasern sind hier in der weissen Substanz wenig vertreten, die scheinbar von der inneren Kapsel hierhergelangenden biegen nahe am Stirnpol nach hinten um. Associirt ist das vordere Associationscentrum mit der Körperfühlsphäre, der Riechsphäre, der 3. Stirnwindung. Mit der Sehsphäre und dem parietalen Associationscentrum scheint es durch Faserzüge verbunden, welche neben dem Cingulum verlaufen, mit dem Hörcentrum durch Fasern, welche mit dem directen Associationssystem der 1. Urwindung einherziehen.

Wichtig ist hier der Hinweis, dass insbesondere die Erinnerungsbilder von allerhand Lust- und Unlustgefühlen, von Triebregungen, von Bewegungen und Handlungen (Körperfühlsphäre) an die frontalen Associationscentren gebunden sind, also die wesentlichen Componenten des Persönlichkeitsbewusstseins: daher bei Erkrankung des Stirnhirns masslose Selbst-Ueber- oder Unterschätzung, schliesslich aber völlige Interesselosigkeit, Sichselbstvergessen und Urtheilsschwäche.

Vorderes und hinteres Associationscentrum übertreffen das mittlere bezüglich ihres Reichthums an Balkenfasern ganz auffallend, die Verbindung jener Centren mit den nämlichen der anderen Seite ist eine nicht minder innige wie die der gleichseitigen Centren unter sich, so dass die Trennung des Gehirns in 2 Hälften für das Zusammenwirken seiner Theile nicht so wichtig ist als es der Anschein vermuthen lässt.

Dass die Körperfühlsphäre zwischen die beiden erstgenannten eingeschoben ist, scheint von Bedeutung für die Einheitlichkeit des geistigen Lebens (ebenso Hörsphäre zwischen Insel und hinterem grossen Associationscentrum!).

In Zukunft wird es bei der Beurtheilung des Windungsreichthums des Gehirns darauf ankommen, festzustellen, wo sich dieser Windungsreichthum bezw. -Mangel etablirt hat (ob in den Sinnessphären oder in Associationscentren).

Für das Studium der Associationscentren des Menschen sind Untersuchungen am Thierhirn bezw. am Hirn von Versuchsthieren selbstverständlich nicht massgebend.

In den Associationscentren findet sich der 5schichtige Rindentypus (Meynert) am reinsten ausgeprägt. Die Rinde jeder Sinnessphäre dagegen setzt sich aus 2 verschiedenartigen Schichtencomplexen zusammen: 1. aus den für sie specifischen Elementen (s. o), u. 2. aus den Elementen des Associationssystems, welche sich über die gesammte Rinde verbreiten. — Die Sinnescentren sind ferner ausgezeichnet durch jene als Vicq d'Azyr'schen Streif bekannten Horizontalfasern (Verknüpfung von elementaren Empfindungen und complexiven Empfindungseinheiten).

An dieser Stelle möchten wir einschalten, dass F. im Gehirn dreierlei Neurone unterscheidet:

1. Die Stabkranzneurone, welche sich von den subcorticalen Centren zu den Sinnessphären erstrecken.
2. Die Associationsneurone, welche die Verbindung der Associationscentren mit den Sinnessphären herstellen, auch wohl die ersteren unter sich verbinden.
3. Die Centralneurone der Associationscentren; dieselben hängen im Gegensatz zu den unter 2 genannten nicht direct mit Sinnescentren zusammen bezw. stehen mit Sinnesleitungen nicht in Contact. Die Centralneurone vermitteln Erinnerungsbilder bis zu einem gewissen Grade selbstständig, d. h. ohne Theilnahme der Sinnescentren.

Sehr interessant ist es zu erfahren, wie weit die Markscheidenbildung im Stadium der Lebensfähigkeit des Fötus (41—44 cm Länge) vorgeschritten ist. Flechsig entwirft davon folgende Skizze: Ausgebildet sind:

„In Rückenmark und Oblongata, die nach F. bis zur Grenze von Vierhügel und Sehhügel reicht, bis wohin sich sowohl die Formatin reticularis als auch Kerne peripherer Nerven erstrecken, alle gröberen Bündel, besonders die Hinterstränge!, (Lageempfindungen des Fötus im Mutterleib), mit Ausnahme der Pyramidenbahnen, der centralen Haubenbahn und der Kleinhirn-Gross-Olivenbahn, ferner sämmtlicher Bündel des Hirnschenkelfusses zur vorderen Brückenabtheilung. Im Kleinhirn sind Wurm und Flocke ausgebildet, die Fasersysteme der Hemisphären noch meist völlig marklos. Im Grosshirn sind markhaltig das Meynert'sche Bündel (vom Ganglion habenulae zur Brücke), Fortsetzungen der oberen Kleinhirnstiele durch den rothen Kern zum Luys'schen Körper, Linsenkern, Thalamus opticus (äusserer Kern), Bündel der Schleife, welche in dieselben grauen Massen eintreten" — — —. „Erblickt die menschliche Frucht um diese Zeit das Licht der Welt, so wird nach kurzer Zeit der N. opticus markhaltig (viel früher, als wenn die Frucht bis zur Reife im Uterus bleibt) und zwar zuerst in den centralen (der Macula lutea entsprechenden) Theilen. (Bei reifgeborenen Kindern ist er über seinen ganzen Querschnitt gleichmässig markhaltig.)

Die Leitung von den Hintersträngen zur Rinde der Centralwindungen erhält rasch wohlausgebildete starke Markscheiden (wie der Opticus, wohl unter dem Einfluss der äusseren Reize). Der Riechstreifen wird extrauterin nicht wesentlich rascher markhaltig als intrauterin und dasselbe gilt von der Hörleitung aufwärts vom inneren Kniehöcker, welche erst zur Zeit der Reife anfängt, sich in ihrem Stabkranztheil mit Mark zu umhüllen und jedenfalls zuletzt von allen Sinnesleitungen zur Reife gelangt. Nur die

directe acustische Rindenbahn Held's macht eine Ausnahme, insofern dieselbe mit den Stabkranzbündeln der Schleife etwa gleichzeitig Mark erhält, um eine Zeit, wo im Schläfelappen weder der Gyrus hippocampi noch die 1. Schläfenwindung Beginn der Markscheidenbildung erkennen lässt."

Die Erkrankungen der Associationscentren sind nach Flechsig das eigentliche Gebiet der Psychiatrie. — Bei progressiver Paralyse ist zuweilen nur das frontale Associationscentrum erkrankt und zwar wird das klinische Bild ein verschiedenes, je nachdem Reiz- oder Ausfallserscheinungen (in letzterem Fall ist an den hemmenden Einfluss des frontalen Associationscentrums auf die Körperfühlsphäre u. a. zu denken) vorhanden sind. — Characteristisch für die Erkrankung des hinteren grossen Associationscentrums ist die Incohärenz der Vorstellungen, die Verworrenheit (unabhängig vom Affect), die, wenn Sinnessphären miterkrankt sind, zu einer hallucinatorischen Verworrenheit wird. Erkrankt die Sinnessphäre allein (z. B. bei Tumoren), so resultiren Sinnestäuschungen, die als solche erkannt werden, ohne Verworrenheit. Störungen der Körperfühlsphäre entsprechen: Störungen des Geschlechtstriebes (krankhafte geschlechtliche Erregung), ferner Angstgefühle, auch die impulsiven und Zwangshandlungen können darauf zurückgeführt werden. Systematisirter Wahn resultirt aus einer combinirten Erkrankung der Körperfühlsphäre und des hinteren grossen Associationscentrums. Andere geistreiche Betrachtungen, freilich speculativer Natur, schliessen sich hier an.

Auf dem verschiedenen Alter der einzelnen Sinnes- und Associationscentren beruht in erster Linie ihre verschiedene Vulnerabilität (besonders bei Belasteten) und Reactionsweise gegenüber den verschiedenen Schädlichkeiten, chemischen wie psychischen; daraus ist es auch zu erklären, warum aus denselben ätiologischen Momenten bei verschiedenen Individuen verschiedenerlei Krankheitsbilder resultiren. —

Fünf vorzügliche hirnanatomische Tafeln (nebst Erklärungen) sind dem Buche beigefügt. Bresler (Freiburg i. Schl.).

LXXV) Prof. **Paul Flechsig: Die Grenzen geistiger Gesundheit und Krankheit.**

(Leipzig, Veit & Co. 1896.)

F. betont hier zunächst die Incompetenz des sogenannten gemeinen Menschenverstandes einerseits, der Individualpsychologie und der normalen Psychologie andrerseits bei der Beurtheilung und Lösung schwieriger psychiatrischer Probleme. Die Psychologie hat trotz ihres hohen Alters noch nicht den Typus eines Normalmenschen geschaffen, an dem man das Anormale beurtheilen könnte, und trotz Kant's Forderung, zweifelhafte Geisteszustände vor das Forum der Philosophen zu bringen, hat noch keine Staatsregierung dieser Anregung entsprochen. Zum richtigen Verständniss des Wesens der geistigen Störungen ist eben das Studium solcher erforderlich mit den speciellen Methoden der Psychiatrie, die nicht diejenigen der Metaphysik und die dem gemeinen Menschenverstand fremd sind. — Seit die Seelenheilkunde sich anfängt auf der modernen Hirnlehre aufzubauen, darf man hoffen, dass sie viel Versäumtes nachholt. Wer ihr aber einen Vorwurf daraus macht, dass sie nicht solche Fortschritte und Erfolge wie

die übrigen medicinischen Disciplinen aufzuweisen hat, dem geht das Verständniss dafür ab, dass es sich dort um wesentlich andere und schwierigere Dinge handelt als hier.

F. behandelt nun kurz einige viel umstrittene Punkte der heutigen Psychiatrie, z. B. den Einfluss der hereditären Belastung, das Irresein der Querulanten, die moral insanity, die Frage nach dem Verbrechertypus und das Genie. In den beiden letzten Punkten nimmt er Stellung gegen Lombroso, dem er vorwirft, mit seinen Lehren die Psychiatrie discreditirt zu haben.

Den in „Gehirn und Seele" als Körperfühlsphäre näher bezeichneten Theilen der Hirnoberfläche wird hier die Rolle eines Charactercentrums, eines Hauptorgans des Characters zuertheilt. Dasselbe wird von den narcotischen Substanzen in erster Linie beeinflusst. Bei geistig hochstehenden Menschen und namentlich bei dem Genie, d. h. dem wirklichen, zeichnet sich die hintere Scheitelgegend, das hintere grosse Associationscentrum durch eine besonders starke Entwicklung aus, soweit an Gehirnen solcher Männer bisher Untersuchungen stattgefunden haben. Bei manchen Gelehrten war auch die Gegend des vorderen Associationscentrums stark entwickelt.

Nicht der besondere Grad der Erregbarkeit characterisirt das Gehirn des Genies, sondern seine eigenartige und reiche Gliederung und Organisation.

Bresler (Freiburg i. Schl.)

LXXVI) **G. S. Freund:** Labyrinthtaubheit und Sprachtaubheit. Klinische Beiträge zur Kenntniss der sogenannten subcorticalen Aphasie, sowie des Sprachverständnisses der mit Hörresten begabten Taubstummen.

(Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1895.)

F. will den Nachweis führen, dass der klinische Begriff der Sprachtaubheit (Worttaubheit, sensorische Aphasie) bisher zu eng gefasst wurde. Diese kann nicht nur auf einer Läsion der corticalen Endausbreitung des Hörnerven oder seiner subcorticalen Faserung beruhen, sondern auch unter dem Einfluss von Gehörleiden, welche extracerebral peripherwärts localisirt sind, sich entwickeln. Zum Beweis dessen werden zunächst zwei Fälle mitgetheilt, bei denen einmal im Anschluss an eine Meningitis cerebrospinalis epidem., andermal an eine Blutung unter Schwindel und einseitiger durch Erkrankung des schallempfindenden Apparates bedingter Taubheit sich Worttaubheit eingestellt hatte. Beide Patienten sprechen spontan mit unbeschränktem Wortschatze ohne irgend welche Andeutung von Paraphasie, können spontan lesen und schreiben, haben aber völlig das Verständniss für die gewöhnliche Umgangssprache verloren; dabei hören und unterscheiden sie auch leise Geräusche, Töne und sogar geringe Tonintervalle. Bei genauerer Untersuchung erweisen sie sich auch als nicht völlig worttaub, da sie bei passender Versuchsanordnung einzelne Worte verstehen, aber es ergiebt sich, dass sie nur einige Vocale absolut richtig hören und keinen einzigen Consonanten richtig auffassen, wodurch sie von keinem Worte ein klares Klangbild erhalten. Bezüglich des Sitzes dieser Affection, die im Uebrigen alle für subcorticale sensorische Aphasie characteristischen Kennzeichen trägt, weist F. sowohl die Annahme Lichtheim's über einen subcorticalen Sitz, wie die Freud's über doppelseitige corticale Herde für seine

Fälle zurück und erklärt einen einheitlichen Krankheitsherd für die vorliegende Symptomentrias nur bei der Annahme desselben im Labyrinth für denkbar. Dass aber doppelseitige Labyrintherkrankungen einen Einfluss auf das Sprachverständniss ausüben, versucht er durch Untersuchung von mit Hörresten begabten Taubstummen zu erweisen. Er erhielt hier ganz ähnliche, nur graduell differirende Ergebnisse, wie in seinen beiden ersten Fällen; in der gewöhnlichen Unterhaltung Sprachtaubheit, weil die Mehrzahl der Consonanten nicht deutlich unterschieden wird, dagegen Wahrnehmung von Geräuschen, Unterscheidung von Tönen, unter günstigen Bedingungen auch Auffassung einzelner Worte. Da nun die Taubstummheit in der Regel als Folge eines Labyrinthleidens anzusehen ist (Mygind), so scheint die Annahme eines solchen auch für die beiden ersten Fälle als berechtigt. Von geringerer Intensität, aber sonst von wesentlichem gleichen Character ist das Leiden in einem weiteren vom Verfasser mitgetheilten Falle, wo neben allgemeiner mässiger Schwerhörigkeit eine intensive „Wortschwerhörigkeit" vorlag und sich eine Mittelohrsclerose mit secundärer Labyrintherkrankung fand; hierher gehören auch die von Arnaud mitgetheilten Beobachtungen. Der Unterschied dieser Fälle gegenüber gewöhnlicher Schwerhörigkeit liegt darin, dass die letzteren selbst schnell Gesprochenes verstehen, wenn genügend laut gesprochen wird, während bei den ersteren die Verstärkung der Stimme gar nichts nützt, sondern nur eine scharf accentuirte, langsame Aussprache das Verständniss ermöglicht. Dass eine allgemeine Gehörsstörung aber das Verstehen der Worte aufheben kann, ohne dass die Wahrnehmung anderer Schallqualitäten erheblich alterirt ist, hat Bleuler auch experimentell gezeigt und eine Erklärung dafür in der grösseren Complicirtheit der sprachlichen Gehörseindrücke gegenüber den musikalischen Klängen und den Geräuschen, die zwar zum Theil physikalisch complicirt sind, gegen deren Modificationen sie aber wenig empfindlich sind, gesucht.

Cassirer-Berlin.

LXXVII) **Charles Mirallié**: De l'aphasie sensorielle. (Travail du laboratoire du Dr. Déjérine à la Salpêtrière.
(Paris 1896.)

Die Arbeit, die unter Déjérine's Leitung angefertigt wurde, bringt in ausführlicher Weise die Lehre von der Aphasie (speciell der sensorischen Aphasie), wie sie von Déjérine und dessen Schülern aufgestellt wurde, zur Darstellung. Dieselbe unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von der bei uns am meisten verbreiteten. Es giebt zwei Arten von Aphasien, des aphasies vraies (corticale Aphasien) und des aphasies pures (subcorticale Aphasien). Bei der corticalen Aphasie ist eines der Sprachcentren selbst lädirt; diese liegen sämmtlich um die Sylvische Spalte herum, das motorische in der Broca'schen Windung, das sensorisch-acustische in dem hinteren Drittel der ersten und zweiten Temporalwindung, endlich das Buchstabenbildcentrum im Gyrus supramarginalis und angularis. Diese Centren sind so eng mit einander verbunden, dass jede Läsion auch nur eines derselben, neben der Störung der inneren Sprache, alle Modalitäten der Sprache (Sprechen, Verstehen, Lesen, Schreiben) alterirt, je nach dem Sitz der Läsion bald die eine, bald die andere Function stärker schädigend. Stets

ist in diesen Fällen Agraphie vorhanden; entgegen der Charcot'schen Ansicht bedarf es zum Zustandekommen dieser nicht der Läsion eines eigenen Centrums; alle Erfahrungen im Gegentheil weisen darauf hin, dass es ein solches Centrum nicht giebt. Die corticale sensorische Aphasie im Speciellen ist einheitlicher Natur, die bei ihr unterschiedenen beiden Unterarten der „Wortblindheit“ und „Worttaubheit“ (Kussmaul) sind nur als Residuen eines einheitlichen Krankheitsbildes aufzufassen. — Die subcorticalen Aphasien (subcorticale motorische Aphasie, subcorticale sensorische Aphasie, [cécité verbale pure], subcorticale Alexie [surdité verbale pure]) sitzen ausserhalb der eigentlichen Sprachcentren und lassen die „innere Sprache“ stets intact. Die pathologische Anatomie ist nur für zwei ihrer Formen bekannt, für die subcorticale motorische Aphasie (Zerstörung der Projectionsfasern vom Fuss der dritten Stirnwindung) und die subcorticale Alexie (Zerstörung des Tapetum, der Gratiolet'schen Sehstrahlung und des Fascicul. longitudinal. inf.). Klinisch betreffen sie stets nur eine Modalität der Sprache, entweder die Fähigkeit zu sprechen oder das gesprochene Wort zu verstehen, oder das geschriebene resp. gedruckte Wort zu lesen. Es besteht bei ihnen niemals Agraphie. Hieraus ergiebt sich von selbst, dass die erhaltene oder verloren gegangene Fähigkeit zu schreiben eine fundamentale Rolle bei der Unterscheidung der verschiedenen Formen der Aphasie, speciell bei der Unterscheidung der corticalen sensorischen Aphasie mit überwiegender Betheiligung des Buchstabenbildcentrums und der subcorticalen Alexie spielt. — Die Aufstellung transcorticaler Aphasien ist völlig hypothetisch und wenig begründet. — Der Arbeit sind zum Schluss noch die wichtigsten der bisher bekannten Beobachtungen aus dem Gebiete der sensorischen Aphasie und eine Reihe bisher nicht veröffentlichter Fälle beigefügt; unter den letzteren ist besonders ein klinisch und vor Allem anatomisch vermittelst Serienschnitten sehr genau untersuchter Fall von corticaler sensorischer Aphasie mit Betheiligung des Buchstabenbildcentrums, ein weiterer nur klinisch beobachteter Fall derselben Art und ein solcher von subcorticaler Alexie zu erwähnen. Cassirer-Berlin.

LXXVIII) **Féré:** Nervenkrankheiten und ihre Vererbung. Ins Deutsche übertragen von Dr. Schnitzer. Mit 20 Abbildungen im Text.
(Berlin 1896, Fischer's Verlag, 284 Seiten.)

Ref. hat schon vor längerer Zeit an anderer Stelle über das Original mit dem Titel: „La famille névropathique“ (Paris, Alcan, 1894, 334 S.) ausführlich berichtet und dabei den Wunsch geäussert, dass das vortreffliche Buch des als Psychiater, Neuropathologen und Biologen gleich ausgezeichneten Verfassers recht bald übersetzt werden möge. Dies ist denn hiermit auch geschehen und, wie gleich hinzugesetzt werden mag, recht gut. Der Uebersetzer hat einige Stellen ausgelassen und die Litteraturnachweise fehlen gänzlich, auch sind die Figuren von 25 auf 20 reducirt worden. Jedenfalls geschah das aus practischen Gründen, doch sind für den Forscher gerade die genauen Litteraturnachweise — die nur auf fremdländischem Gebiete etwas mager ausgefallen sind —, sowie die eingehenden Register, welche Féré giebt, von grossem Werth.

Verf. bemüht sich, die Nervenkrankheiten bezüglich ihrer Vererbung, die meist eine ungleichartige ist, zu studiren, ebenso ihre Affinitäten zu

den Psychosen. Als den wichtigsten Abschnitt des ganzen Buches möchte Ref. die eingehende Schilderung der Verwandtschaft der Tuberculose und der „arthritischen“ Krankheiten zu den Neurosen und Psychosen hinstellen eine Lehre, die seit einiger Zeit in Frankreich immer mehr in den Vordergrund tritt, bei uns leider aber noch wenig Anhänger findet und doch scheint sie namentlich nach den Darlegungen Féré's fest begründet zu sein. Verf. entwickelt erst die allgemeinen Gesetze der Vererbung und ihre verschiedenen Arten, spricht dann weiter über Verwandtschaft von Verbrechen und Laster mit Irrsinn, über Genie etc. Besondere Sorgfalt wird dann den einzelnen Nervenkrankheiten, auch den organischen, bezüglich der Vererbung und gegenseitigen Substituirung gewidmet, ebenso den Missbildungen und ihren Beziehungen zu den Neurosen etc. Ein Kapitel behandelt das Schwinden der Vererbung und der Entartung, ein anderes weist nach, dass die Art der Degeneration mit der veranlassenden Ursache nichts zu thun hat; 2 Kapitel sind ausführlich den Entartungszeichen gewidmet und den Schluss des höchst lesenswerthen Buchs bildet endlich die Prophylaxe der Vererbung.

Näcke-Hubertusburg.

LXXIX) **J. Althaus**: Ueber Hypochondrie und Nosophobie. Aus dem Englischen von K. Oetker.

(Frankfurt a. M. J. Alt. 1896.)

Der Verfasser unternimmt es, in der vorliegenden kleinen Schrift die Hypochondrie, die nach seiner Ansicht in den neueren Werken über Nervenkrankheiten zu Unrecht todtgeschwiegen wird, wieder in ihre Rechte als selbstständige Krankheit einzusetzen. Er schildert kurz Wesen, Formen, Verlauf und Ursachen des Leidens, ohne hiebei jedoch neue Thatsachen vorzubringen; als das Wesentliche des Leidens betrachtet er eine Störung — eine Art Ataxie im Sydenham'schen Sinne — des noch nicht genauer localisirten corticalen Centrums für die organischen Empfindungen. Von der Hypochondrie will er die Nosophobie getrennt wissen; bei der Nosophobie werden nach A. keine Klagen über schmerzhafte und verblüffende Sensationen geführt, die auf irgend ein Organ bezogen werden, wie bei der Hypochondrie, die Angst ist lediglich „psychisch“; die Nosophobie ist ferner transitorisch, während die Hypochondrie nicht selten sehr lange, häufig selbst zeitlebens andauert.

Suggestion übt nach A. wenig oder gar keinen Einfluss auf die Hypochondrie, dagegen einen sehr bedeutenden auf die Nosophobie aus. In der Therapie der Hypochondrie empfiehlt der Autor neben psychischer und diätetischer Behandlung körperliche Uebungen und zwar für jüngere Leute Radfahren, für ältere Reiten, ganz besonders. L. Löwenfeld.

LXXX) **Max Dessoir**: Das Doppel-Ich.

(2. vermehrte Auflage. Leipzig, Ernst Günther's Verlag, 1896.)

LXXXI) Frhr. **v. Schrenck-Notzing**: Ueber Spaltung der Persönlichkeit (sogenanntes Doppel-Ich).

(Wien 1896, Alfred Hölder.)

In der vorliegenden 2. Auflage seiner bekannten Abhandlung „Ueber das Doppel-Ich“ hat sich der Verfasser bemüht, seine Lehre von der

Zusammensetzung unserer Persönlichkeit „aus mehr oder minder unabhängig von einander operirenden Bewusstseinshälften, die man bildlich als Ober- und Unterbewusstsein bezeichnen könnte", weiter auszuführen. Diese Theorie stützt sich auf Erfahrungen des alltäglichen Lebens und Beobachtungen an Hypnotisirten und Nervenkranken, insbesonders Hysterischen. Das Dessoir'sche Unterbewusstsein entspricht im Wesentlichen dem, was man früher als unbewusstes oder latentes Vorstellen, unbewusste psychische Thätigkeit etc. bezeichnet hat, während das Oberbewusstsein dem entspricht, was gemeinhin als Bewusstsein betrachtet wird. Das gleichzeitige Zusammensein beider Bewusstseinssphären nennt Dessoir Doppelbewusstsein. Die Thatsachen, welche D. unter dem Titel „Unterbewusstsein" zusammenfasst, sind unzweifelhaft schon früher bekannt gewesen und es lässt sich nicht behaupten, dass Dessoir in der früheren Auflage oder der nunmehrigen zweiten etwas Wesentliches denselben beigefügt hat. Sein Verdienst besteht wesentlich in der Zusammenfassung dieser Thatsachen und der Ausstattung derselben mit einem passenden Namen. In der Annahme eines inneren Dualismus geht D. jedoch weiter, als die Erfahrung rechtfertigt; verleitet wird er hiezu insbesonders durch experimentelle Beobachtungen einzelner französischer Psychologen an Hysterischen, Beobachtungen, welche, wie Landmann und in jüngster Zeit v. Schrenck-Notzing gezeigt haben, auch anderer Deutung fähig sind als derjenigen, welche ihnen von den betreffenden Autoren gegeben wurde. Wir können auf die Einzelheiten der Dessoir'schen Darlegung nicht näher eingehen, allein die von ihm auf Grund der Thatsachen des Ober- und Unterbewusstseins construirte Lehre vom Doppel-Ich läuft entschieden auf eine Uebertreibung hinaus. Die in Frage stehenden Thatsachen nöthigen uns keineswegs, die Einheit unserer geistigen Persönlichkeit aufzugeben und zwei von einander unabhängige Egos anzunehmen.

Die beiden Ketten psychischer Processe, des Ober- und Unterbewusstseins hängen derart mit einander zusammen, dass in unserem Denken und Handeln unter normalen Verhältnissen doch nur eine einheitliche Persönlichkeit zum Ausdruck kommt. Ober- und Unterbewusstsein stehen nicht in dem Verhältniss zweier cooperirender Geschäftspartner zu einander, sondern in dem eines Chefs zu seinen Hilfsarbeitern. Der Chef kann nicht alle ihm zufallenden Arbeiten allein ausführen; er überlässt daher die Erledigung derselben zum grossen Theile seinen Untergebenen (Unterbewusstsein) und diese übernehmen auch manche von aussen zugehende Arbeiten ohne Weiteres (unterbewusste Verarbeitung äusserer Eindrücke). Der Chef weiss daher zwar nicht von Allem, was in seinem Geschäftsrayon vorkommt, allein von Allem, was für ihn von Bedeutung ist, erhält er jedenfalls Kenntniss und die Leitung des Ganzen behält er in der Hand.

Gegen die Dessoir'sche, auch von Moll acceptirte Lehre vom Doppelich und der Multiplicität der Egos bei gewissen Hysterischen hat in jüngster Zeit v. Schrenck-Notzing einen sehr energischen Vorstoss unternommen. Er zeigt zunächst, dass bei den alternirenden Bewusstseinszuständen der Hysterischen und Hypnotisirten man nicht berechtigt ist, von einem Wechsel der Persönlichkeit zu sprechen. Die körperliche Grundlage mit den aus ihr resultirenden Organempfindungen bleibt immer dieselbe, aber auch das

System von Bildern, Gefühlen und Gedanken, sowie die automatischen Fähigkeiten enthalten in keinem der wechselnden Bewusstseinszustände etwas absolut Neues; es sind also immer dieselben Elemente, aus welchen sich die verschiedenen psychischen Reihen aufbauen. Die ältere Lehre von der Einheit des Bewusstseins ist mit diesen Erfahrungen sehr wohl vereinbar. Das wechselnde Eintreten bestimmter, von einander getrennter psychischer Reihen in das Bewusstsein enthält keinen Widerspruch gegen diese Theorie. v. Schrenck-Notzing erklärt sich aber auch gegen die Dessoir'sche Deutung einzelner Thatsachen als Beispiele einer unterbewussten, gleichzeitig mit einer oberbewussten vor sich gehenden psychischen Thätigkeit (Addiren von Zahlenreihen, Schreiben etc. während einer lebhaften Unterhaltung.) Die betreffenden Beobachtungen lassen sich nach v. Schrenck-Notzing dadurch erklären, dass die Aufmerksamkeit bald der einen, bald der anderen Reihe von psychischen Vorgängen sich zuwendet, i. e. dass bald Theile der einen, bald Theile der anderen Reihe in den „Wellengipfel des Bewusstseins" tritt. „Ungewöhnlich erscheint dabei nur", dies muss v. Schrenck-Notzing zugestehen, „das abwechselnde, rasch hintereinanderfolgende Bewusstwerden von psychischen Complexen aus mnemonisch getrennten und in sich abgeschlossenen Systemen". „Die alte psychologische Thatsache", schliesst der Autor, „dass in einer Zeiteinheit nur ein psychischer Vorgang die höchste Intensität des Bewusstseins in Anspruch nehmen kann, wird also durch die Theorie zweier gleichzeitig wirkender Bewusstseinssphären, wie sie von einer ganzen Psychologenschule behauptet wird, nicht erschüttert. Nur wenn man von dieser Gleichzeitigkait absieht und unter Oberbewusstsein die am deutlichsten bewussten psychischen Vorgänge versteht, dagegen mit dem Unterbewusstsein die gleichzeitig im Bewusstsein vorhandenen, aber weniger hell beleuchteten Inhalte bezeichnen will, erscheint diese Ausdrucksweise zulässig." L. Löwenfeld.

LXXXII) **Friedrich Scholz:** Ueber Reform der Irrenpflege.
(Leipzig 1896. 77 S.)

Die Schriften des Verfassers athmen einen Geist echter Humanität, der warm berührt, und das ist auch — vielleicht noch in erhöhtem Maasse — bei der vorliegenden Schrift der Fall, die gleichsam als Vermächtniss des Verfassers zu betrachten ist, welcher bekanntlich den Dunkelmännern weichen und seinen langjährigen segensreichen Wirkungskreis als Director des St. Jürgen-Asyls vor Kurzem verlassen musste. Wenn Einer, so war Sch. berufen, in den die Reform des Irrenwesens betreffenden Fragen seine Stimme zu erheben und die zahlreichen Unberufenen mit Ernst und Würde in ihre Schranken zurückzuweisen. „Reformen im Irrenwesen sind so fest an den practischen Dienst und dessen genaue Kenntniss gebunden, dass sie nur vom Practiker, d. h. nur vom Arzt zu erwarten sind".

Der erste Theil der Schrift beschäftigt sich vorzugsweise mit der Kritik und Abwehr der bekannten Göttinger Leitsätze („Die Reform des Irrenrechts", Leitsätze zur Besserung der Irrenfürsorge und Beseitigung des Entmündigungsunfugs. Herausgegeben von Prof. Dr. v. Kirchenheim, Heidelberg, und Rechtsanwalt Dr. Richartz, Düsseldorf). Unter Anderem verlangen diese Leitsätze, dass das widerrechtliche Einbringen und Einbehalten in einer

Irrenanstalt, wenn ein Beamter oder Arzt der Thäter sei, mit Zuchthausstrafe belegt werde. Sch. führt treffend das Absurde dieser Forderung vor Augen, welche einem Director für formelle Versehen oder Unterlassen bei der Aufnahme oder weil er einen Reconvalescenten, den er noch nicht reif zur Entlassung erachtet, länger als derselbe oder seine Angehörigen für nöthig finden, in der Anstalt zurückhält, mit Zuchthausstrafe bedroht. Der Nachweis übrigens, dass Jemand widerrechtlich in eine Irrenanstalt eingesperrt worden sei, ist, wie Sch. an den bekanntesten Fällen erörtert, für Deutschland wenigstens noch nicht erbracht worden.

Das Interesse der Kranken, welches die Broschüre als den einzig leitenden Gesichtspunkt für alle Irrengesetze aufstellt, findet nach Sch. die nothwendige Beschränkung in dem Rechte der Aussenwelt auf Schutz vor gemeingefährlichen Kranken. Besonders aber ist es das Entmündigungs- sowie das Aufnahme- und Entlassungsverfahren, welche in den Leitsätzen scharfe Angriffe und energische Besserungsvorschläge erfahren und von Sch. einer eingehenden Besprechung unterzogen werden. Auch Sch erkennt an, dass das Entmündigungsverfahren manche Mängel hat und der Verbesserung bedarf. Aerzte und Juristen treffe in gleicher Weise die Schuld. Dasselbe werde manchmal in Fällen eingeleitet, wo trotz bestehender Krankheit die Entmündigung nicht durchaus geboten sei; im Gegensatz zum Strafverfahren reiche bei der Entmündigung der Nachweis der Krankheit allein nicht hin, sondern es müsse auch der Beweis erbracht werden, dass und in wiefern gerade in Folge dieser Krankheit und dieses Grades derselben der Begutachtete ausser Stande sei, seine Angelegenheit selbst wahrzunehmen. Sehr mit Recht geisselt Sch. die Sorg-, Arg- und Kritiklosigkeit der Aerzte, die sie oft gegenüber den Angaben der Angehörigen bezüglich der Antecedentien der Kranken zeigen. Der Begutachter sollte sich vorzugsweise auf eigene klinische Beobachtung stützen.

Was das Aufnahmeverfahren betrifft, so hält Sch. im Allgemeinen die geltenden Bestimmungen für ausreichend, sofern dieselben nur eine Beschleunigung bei frischen Fällen ermöglichen. Die in der preussischen Anweisung für Privatanstalten über Aufnahme und Entlassung enthaltenen Bestimmungen dürften sich auch für öffentliche Anstalten empfehlen und den Anforderungen des persönlichen Schutzes wie der Beschleunigung in gleicher Weise entsprechen. Bei der Entlassung solle man mehr berücksichtigen, dass bei gewissen Kranken der günstigste Zeitpunkt dazu vor der vollendeten Genesung liege. Als bedenklich bezeichnet Sch. das in der „Anweisung" enthaltene Recht des gesetzlichen Vertreters des Kranken, die Entlassung desselben zu fordern, weil das Interesse des Kranken dabei zu wenig berücksichtigt sei, ebenso die Bestimmung, dass die Entlassung Gemeingefährlicher mit Zustimmung der Polizeibehörde erfolgen könne. Gemeingefährliche Kranke — allerdings sollte man mit dieser Bezeichnung sparsamer sein — dürften nur behufs Einlieferung in eine andere Anstalt entlassen werden.

Die Göttinger Thesen verlangen die Einrichtung von Irren-Aufsichtsämtern, welche das Interesse der Kranken wahrnehmen und über die Ein-

sprüche derselben gegen ihre Aufnahme resp. gegen ihre Festhaltung entscheiden sollen. Sch. erklärt das Einspruchsrecht der Kranken für ein Unding, dagegen hält er die Forderung der Irren-Aufsichtsämter für durchaus richtig und annehmbar, die bisher geübte staatliche Aufsicht sei ganz ungenügend und die „unvermutheten“ Revisionen der Behörden seien einfach lächerlich. Doch geht aus den Ausführungen des Verfassers nicht genügend hervor, welche speciellen Aufgaben er der aus freigewählten, vorzugsweise dem Laienstande entnommenen Vertrauensmännern bestehenden Behörde zuweist.

Der zweite positive Theil der Schrift enthält die Reformvorschläge des Verfassers, die der Natur der Sache nach zum Theil schon im kritisirenden Theile gestreift sind. Für ein besonderes Irrengesetz ist Sch. nicht.

A. Allgemeine organisatorische Verordnungen oder Reformen seitens der öffentlichen Behörden.

1. Aenderung und Verbesserung der staatlichen Aufsicht. Durch Reichsgesetz müsste eine Centralisirung des Irrenwesens herbeigeführt und die Oberaufsicht über die Irrenanstalten auch der Kleinstaaten und Reichsstädte geregelt werden. Damit sei der Vortheil eines gleichmässigen Avancements der Aerzte im ganzen Reich verbunden.

2. Bessere Stellung und Vermehrung der Anstaltsärzte, deren Gehälter Verfasser mit Recht im Allgemeinen für durchaus unzureichend erkläet.

3. Vermehrung der Anstalten, um die allgemeine Ueberfüllung derselben zu beseitigen, aber nicht Erweiterung derselben, sondern möglichste Decentralisation (Stadtasyle für alle grösseren Städte). Sch. erklärt 300 Kranke für die grösste Zahl, die ein Director übersehen und besorgen könne.

4. Erleichterte Aufnahme und erleichterte Entlassung.

5. Stärkere Heranziehung der freien Verpflegungsformen. (Coloniale und familiale Verpflegung.)

6. Psychiatrische Ausbildung der Aerzte.

7. Angemessene Namengebung für die Irren-Anstalten. Indem Sch. gegen Erlenmeyer polemisirt, welcher verlangt, dass man die Dinge beim rechten Namen nenne und das entgegengesetzte Bestreben tadelt, führt Sch. aus, wie das Wort „Irre“ und „Irrenanstalt“ dem jetzigen Sprachgebrauche nach für das feinere Gefühl etwas Verletzendes habe und wie bureaukratisch gemüthlos z. B. die Bezeichnung „Provinzial-Irrenheil- und Pflegeanstalt“ klingt, namentlich im Vergleich mit dem schönen englischen Wort „Asyl“.

8. Belassung der geisteskranken Verbrecher in den Strafanstalten, bezw. Schaffung besonderer Einrichtungen für dieselben. Sch. schliesst sich darin ganz der vom Verein deutscher Irrenärzte 1895 in Hamburg aufgestellten These an und meint, dass sich die Anwesenheit von Verbrechern in den Anstalten mit gemeinsamer Verpflegung auf Wachabtheilungen und mit offenen Thüren nicht verträgt; er bekämpft energisch die Ansicht, dass Geisteskrankheit sozusagen eine gleichmachende Kraft habe.

B. Reformen seitens der Anstalten und innerhalb derselben.

9. Wahrung des Characters von Krankenanstalten in Bau und Einrichtungen. Sch. tadelt den gefängnissartigen Character, den die meisten Irrenanstalten noch tragen. „Diese grossen stylvollen Irrenhauscolosse mit den vergitterten Fenstern, verschlossenen Thüren und hohen Umfassungsmauern, wie man sie jetzt immer noch baut, werden bei Niemandem den Eindruck, dass er ein Krankenhaus, sondern viel eher, dass er ein Gefängniss betritt, erwecken." Er verlangt, dass man den Asylen auch äusserlich das Ansehen von Krankenhäusern gebe und die Pavillons nicht in dem schrecklich langweiligen Kasernenstyl baue. Auf die Ausstattung der Räume müsse mehr Gewicht gelegt und da dieselben Vielen ein Aufenthaltsort für Jahre, eine Heimath für zeitlebens sein sollen, für mehr Comfort und für möglichste Behaglichkeit gesorgt werden.

10. Abschaffung der Tobzellen und Tob-Abtheilungen. Es ist dies die Forderung, welche Verfasser schon in den „Fortschritten der Irrenpflege" erhoben hat und die er hier nochmals mit aller Wärme und Begeisterung vertritt. Anschaulich schildert er die Schrecken einer „Tobzelle" oder gar einer „Tobabtheilung". „Die Tobzelle gerade ist es, welche der Anstalt den odiösen Character aufdrückt und wirkliche Krankenpflege nicht aufkommen lässt." Wie man es gelernt hat, ohne Zwangsjacke auszukommen, wird man auch die Zellen entbehren lernen. Sch. hat seit Jahren die Zellen in Bremen abgeschafft, Wallenberg ist ihm in Lübeck nachgefolgt und Referent selbst hat auf seiner Abtheilung seit 2 Jahren die Isolirung principiell aufgegeben. Allerdings ist dazu ausgedehnte Bettbehandlung auf Wachabtheilungen die nothwendige Vorbedingung, um die Isolirungen überflüssig zu machen.

11. Reorganisation des Pflegepersonals, beziehungsweise Bildung von Berufsgenossenschaften. Neben der Abschaffung der Tobzelle ist die Hebung des Pflegepersonals nach Sch. die wichtigste Aufgabe. Eins ist mit dem anderen verknüpft und bedingt das andere. Sch. weist darauf hin, dass das Gros unseres Wartepersonals tief unter dem gesellschaftlichen und Bildungsniveau der modernen Krankenpflegerinnen steht, dass demgemäss auch ihre Werthschätzung ausfällt und dass die Klagen über dasselbe nicht aufhören. Erhöhung der Wärtergehälter und Einrichtung von Wärterschulen hält Verf. allein nicht für ausreichend, um die sociale Stellung des Pflegepersonals zu heben, er erwartet nur eine Besserung von der Bildung von Genossenschaften (Schwestern-

schaften und Brüderschaften). Unter einer Schwesternschaft versteht Sch. „nicht eine zufällige Anzahl von Personen, denen man eine Haube aufsetzt und die man Schwestern nennt“, sondern einen wirklichen Verband von Genossinnen, die sich, um Irrenpflege als Beruf zu treiben, zusammengeschlossen haben, unter einer Oberin stehen und ausser durch gemeinschaftliche Berufsarbeit auch noch durch materielle Interessen (Pensionskasse), sowie durch gesellige Beziehungen verbunden sind. Sch. hält die gebildeten Stände für durchaus nicht ungeeignet und hat mit denselben auch bezüglich der Arbeitswilligkeit sehr gute Erfahrungen gemacht. Doch braucht die Genossenschaft nicht aus lauter gebildeten Elementen zu bestehen, im Gegentheil ist nach Sch. eine Mischung zum Gedeihen am förderlichsten, allerdings eine solche, in der die gebildeten Elemente überwiegen. Nach den Statuten, die Ref. der Güte des Verf. verdankt, werden nur Personen im Alter von 20—30 Jahren aufgenommen, das Gehalt beträgt jährlich 240 und steigt alle Jahre um 20 Mark bis zum Höchstbetrage (nach 8 Jahren) von 400 Mark; die Abtheilungsvorsteherinnen erhalten noch eine monatliche nicht pensionsfähige Zulage von 10 Mark. Das Gehalt der Brüder beträgt 300—500 Mark, die Stationsvorsteher erhalten auch 10 Mark monatlich Zulage. Durch theoretischen und practischen Unterricht in der Kranken- und Irrenpflege, durch Höflichkeit im persönlichen Verkehr und durch Pflege der Geselligkeit sollen die Aerzte den Zusammenhalt der Genossenschaft befördern. Lebensweise und Lage der Schwestern soll man möglichst freundlich gestalten. Aehnlich müsse es bei der Bildung von Brüderschaften sein, nur sei dieselbe viel schwerer, da man auf gebildete Elemente keinen Anspruch machen könne. Als radicales Mittel, die hier bestehende Schwierigkeit zu beseitigen, schlägt Sch. den Versuch vor, die männliche Pflege durch weibliche (mit männlichen Hilfskräften) zu ersetzen. Durch solchen Wechsel würde das Niveau der Irrenpflege bei den Männern genau um so viel gehoben werden, als weibliche Pflege überhaupt höher steht als männliche“ Die Probe, auf die Verf. bisher noch nicht hinweisen kann, ist übrigens mit Erfolg an den Staatsanstalten von New-York gemacht worden (cfr. Juli-Augustheft 1896, Ref. Nr. 371).

12. Grössere Freiheit in der Zulassung des Besuches. Sch. erblickt in dem Zustande der Kranken fast nie eine Gegenanzeige. Unverständiges oder ungehöriges Benehmen der Besucher wird, wenn Ermahnungen nichts helfen, mit zeitweiligem Ausschluss bestraft. Auch im brieflichen Verkehr hält Sch. die möglichste Freiheit aufrecht. Gerade der Abschluss von der Aussenwelt und von den Angehörigen, die der Kranke oft viele Jahre lang nicht zu sehen bekommt, erweckt Unzufriedenheit und lässt die Anstalt als zur Detenirung bestimmt, als ein Gefängniss erscheinen. „Man öffne die Thore weit, gewähre Jedem Zutritt, der in ernster Absicht kommt, und zeige ihm Alles.“

13. Abschaffung uniformirter Krankenkleidung. Auch das ist ein Vorschlag, der alle Beachtung verdient und zeigt, wie Sch. allenthalben auf das Gefühl der Kranken Rücksicht nimmt und dieselben möglichst zu schonen sucht. Die Kleider machen einen Theil der

Persönlichkeit aus, deshalb solle man sie dem Kranken lassen und bei Neuanschaffungen die Kranken ihre Wünsche äussern lassen.

Arbeit und daneben Erholung durch gelegentliche, aber nicht zu seltene einfache Vergnügungen, Abwechslung in der Kost und gelegentliche Extrarationen sollen dazu beitragen, dem Kranken das Leben möglichst behaglich zu machen.

Der Verfasser schliesst mit der Forderung, alles, was an die Kasernen und das Gefängniss erinnert, alles Unfreie, Uniformirte und Schablonenhafte abzustreifen, der Individualität zu ihrem Rechte zu verhelfen und die Anstalt für die Frischerkrankten zu einem Krankenhaus, für die chronisch Kranken in ihrer ganzen Einrichtung, in Schönheit, Sauberkeit und Behaglichkeit zu einer wahren Heimstätte, zu einem Asyl zu machen.

Hoppe.

Die Ausgabe dieses Heftes erfolgt etwas später als sonst, weil die Berichte der Heidelberger und Frankfurter Versammlungen noch gebracht werden sollten. Bis auf einige Nachträge der letzteren befinden sich dieselben vollständig in diesem Hefte.

Die Verlagshandlung.

Inhalt des October-Hefts.

I. Originalien.

II. Vereins- und Versammlungs-Berichte.

22. September. Vormittags.

Nr. 471) Oppenheim: Die Differentialdiagnose der Hirnabscesse. (Folgt in nächster Nummer.)

Nr. 472) Adler: Ueber einseitigen Schwindel.

Nr. 473) v. Strümpell: Ueber multiple Sclerose.

Nr. 474) Fürstner: Zur Symptomatologie der chronischen Unfallerkrankungen im Bereiche des Nervensystems und die Beziehungen derselben zum Unfallgesetz. (Folgt in nächster Nummer.)

22. September, Nachmittags.

Nr. 475) v. Monakow: Zur pathologischen Entwicklung des centralen Nervensystems.

Nr. 476) Cramer: Secundäre Veränderungen nach einseitiger Bulbusatrophie beim Erwachsenen. (Folgt in nächster Nummer.)

23. September, Vormittags u. Nachmittags.

Allgemeine Sitzung der medicinischen Hauptgruppe.

Thema: Ueber die Ergebnisse der neueren Gehirnforschung.

Nr. 477) Flechsig: Die Localisation der geistigen Vorgänge.

Nr. 478) Edinger: Die Entwicklung der Gehirnbahnen in der Thierreihe.

Nr. 479) Ewald: Ueber die Beziehungen zwischen den motorischen Centren der Grosshirnrinde und dem Ohrlabyrinth.

24. September, Vormittags.

Nr. 480) Alzheimer: Die anatomische Ausbreitung des paralytischen Degenerationsprocesses.

Nr. 481) Auerbach: Zur Anatomie und Physiologie der Nervenfasern.

Nr. 482) Virchow: Demonstration der Mikrocephalen Margaretha Becker aus Bürgel bei Offenbach

Nr. 483) Bruns: Klinische Erfahrungen über die Function des Kleinhirns.

Nr. 484) Facklam: Ueber Huntington'sche Chorea.

Nr. 485) Anton: Die Bedeutung des Balkenmangels für das Grosshirn. (Folgt in nächster Nummer.)

24. September, Nachmittags.

Rundgang durch die städtische Irrenanstalt.

Nr. 486) Sänger: Demonstration eines Schlitteninductionsapparats mit Vorrichtung zur Untersuchung und Behandlung mit beliebig wechselnden Stromstärken von der Electrode aus.

Nr. 487) Derselbe: Ueber eine neue Pupillenreaction

III. Bibliographie.

LXXIV) Prof. Paul Flechsig: Gehirn und Seele.

LXXV) Derselbe: Grenzen geistiger Gesundheit.

LXXVI) Freund: Labyrinthtaubheit und Sprachtaubheit

LXXVII) Mirallié: De l'aphasie sensorielle.
Sprachtaubheit.

LXXVIII) Féré: Nervenkrankheiten und ihre Vererbung.

LXXIX) Althaus: Ueber Hypochondrie und Nosophobie.

LXXX) Dessoir: Das Doppel-Ich.

LXXXI) v. Schrenck-Notzing: Ueber Spaltung der Persönlichkeit (sogenanntes Doppel Ich).

LXXXII) Friedrich Scholz: Ueber Reform der Irrenpflege.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XIX. Jahrgang. 1896 November. Neue Folge VII. Bd.

I. Originalien.

I.

Ein drittes Mal die überwerthigen Ideen.

Von Dr. J. L. A. KOCH in Zwiefalten.

Ich habe das Gefühl, dass ich meinen beiden in unserer Zeitschrift veröffentlichten Artikeln über die überwerthigen Ideen noch etwas beifügen sollte. Hoffentlich hat der geneigte Leser nicht das gegentheilige Gefühl. Jedenfalls will ich mich kurz fassen, was für alle Fälle einen Milderungsgrund abgeben wird.

Wernicke lässt jede Gedankenthätigkeit normaler Weise mit einem leichten Affect verbunden sein. (Ob dem so ist oder nicht, können wir dahingestellt sein lassen. Wernicke definirt seinen Begriff vom Affect.) Auf den die Gedankenthätigkeit begleitenden Affect ist der Inhalt der Vorstellungen von Einfluss. Zufolge dieser oder jener Umstände kann ein Individuum in seinem geistigen Besitz eine Vorstellungsgruppe haben, die mit einem starken Lustaffecte verknüpft ist, und wieder andere Vorstellungsgruppen, denen ein starker Unlustaffect anhaftet. Es besteht normaliter eine ganz bestimmte, individuell verschiedene, Abstufung in den Erregbarkeitsverhältnissen der Vorstellungen. Wir müssen schon in der Norm damit rechnen, dass überwerthige Vorstellungen einer Correctur durch entgegengesetzte Vorstellungen schwer zugänglich sind. Die überwerthigen Vorstellungen im Allgemeinen sind Erinnerungen an irgend ein besonders affectvolles Erlebniss oder auch an eine ganze Reihe derartiger zusammengehöriger Erlebnisse.

Lassen wir so viel gelten, dass es Vorstellungen (Ideen) giebt, die durch die sie begleitenden Gefühle und Affecte, beziehungsweise auch in allerlei Leidenschaften eine vorschlagende und dominirende Stellung im

Gedankenleben und für das Handeln eines Menschen gewinnen, so werden wir zuoberst physiologische und pathologische überwerthige Ideen zu unterscheiden haben. Die einen sind an sich selbst nicht krankhaft, die anderen besitzen an sich selbst einen pathologischen Character.

Eine überwerthige Idee, die an sich selbst nicht krankhaft ist, oder kurz gesagt eine physiologische überwerthige Idee kann sich auf einem physiologischen, kann sich aber auch auf einem krankhaften Boden erheben.

Die auf einem gesunden Boden sich erhebende, transitorische oder andauernde, physiologische überwerthige Idee kann die Idee eines einzelnen Menschen sein, z. B. eines geistig gesunden Erfinders, der sich Tag und Nacht mit einem bestimmten Probleme beschäftigt und darüber Essen und Trinken, sein Behagen, seine Familie und seine Freunde vergisst, oder eines Sammlers, der einem bestimmten Gegenstande nachjagt, der seiner Sammlung noch fehlt. Die physiologische überwerthige Idee, eine sagen wir einmal affectvolle Idee mit ungebührlich einflussreicher Stellung im Gedankenleben kann aber auch die Idee von Mehreren, die Idee einer Familie, eines Stammes, eines Volkes, ja eines ganzen Kulturkreises sein.

Die physiologische überwerthige Idee kann, soweit sie zu Handlungen führt, solche Handlungen im Gefolge haben, die ebenfalls nicht pathologisch sind, wenn sie auch zum Theil als gesetzlich strafbar oder doch als unmoralisch erscheinen mögen.

Die physiologische überwerthige Idee kann aber auch zu pathologischen Handlungen (auch zu pathologischen Gefühlen und Affecten) Anlass geben. Wernicke sagt mit Recht: „Es muss überwerthige Ideen geben, die durchaus der Norm angehören, die Handlungsweise des Individuums aber trotzdem so bestimmen können, dass sie ein krankhaftes Gepräge erhält." In diesem Falle wird dann aber immer sorgfältig zu untersuchen sein, ob sich die physiologische überwerthige Vorstellung nicht bei einem pathologischen Individuum, etwa bei Jemand erhoben hat, der an einer psychopathischen Minderwerthigkeit leidet. Es wird sich da in der That, wenn auch möglicher Weise nicht immer, so doch meistens etwas Derartiges aufweisen lassen. Uebrigens aber wird es nicht immer leicht sein zu sagen, was eine wirklich krankhafte Folge physiologischer Vorstellungen ist und was nicht. So z. B. fördern die Suggestionen einer Volksmenge, wie sie der Zeitgeist zeitigen mag, wie sie bei revolutionären Bewegungen sich einstellen können u. s. w., es fördern solche Massensuggestionen oftmals Handlungen, überhaupt Erscheinungen zu Tage, die an das Pathologische streifen, ohne dass man bestimmt sagen möchte, dass sie wirklich pathologisch sind. Bemerkenswerth ist es, dass manche hier in Betracht kommende Handlungen von intelligenten Betheiligten (Handelnden) nachher selbst nicht mehr begriffen werden. Bemerkenswerth ist es aber auch, dass in solchen Fällen gewisse psychopathisch Minderwerthige am meisten hingerissen werden.

Der physiologischen überwerthigen Idee gegenüber steht nun die an sich selbst pathologische überwerthige Idee, auf welche meine früheren Artikel Bezug nehmen. Diese überwerthige Idee, mag sie nun eine psychopathisch minderwerthige oder eine psychotische Idee sein, erhebt sich nach meiner bisherigen Erfahrung immer auf einem vorher schon irgendwie psychisch

geschädigten Boden (vergleiche hierzu auch Neisser). Hierauf brauche ich in Anbetracht meiner früheren Artikel nicht mehr weiter einzugehen.

Wernicke erklärt, er stelle nicht in Abrede, dass zwischen den autochthonen Ideen, den überwerthigen Ideen und den Zwangsvorstellungen Uebergänge existiren, aber er hält die drei Symptome doch im Princip auseinander.

Auf dieses Gebiet vermag ich nicht zu folgen. Mir liegt die Sache so, dass, soweit es sich um an sich selbst pathologische überwerthige Ideen handelt, sowohl Zwangsgedanken wie allerlei Wahnvorstellungen zu überwerthigen Ideen werden können. Und mir ist an den Aufstellungen Wernicke's das Wichtige das, dass er die Existenz und Bedeutung der fixen Ideen an ihrem Ort wieder zu Ehren gebracht und dadurch in einem Stück der Lehre von der Paranoia Ordnung geschafft — die Psychiatrie überhaupt gefördert hat. Wenn aber nach meiner Auffassung die Lehre Wernicke's manche krankhafte Erscheinungen in einem anderen und besseren Lichte als dem gewisser gangbarer Anschauungen, nämlich in ihrem eigenen Lichte erscheinen lässt, so sehe ich dabei zunächst ab auch von derjenigen seiner Aufstellungen, wonach bei fixen Ideen auch complicirte festgefügte Wahngebäude entstehen können.

II.

Der Genfer Congress für Criminal-Anthropologie.

Von Professor E. FERRI in Fiesole.

Während der erste, 1885 in Rom abgehaltene Congress für Criminal-Anthropologie in Rom einen feierlichen Taufact der italienischen Schule vor der öffentlichen Meinung dargestellt hat, datirt von dem zweiten, 1889 in Paris abgehaltenen Congress ein Missverständnis, welches auf der Brüsseler Zusammenkunft von 1892 offen hervortrat; nun ist es auf dem, Ende August dieses Jahres in Genf abgehaltenen Congress vollständig und siegreich beseitigt worden, dank einer imposanten Darlegung der Thatsachen und Inductionen der italienischen criminal-anthropologischen Schule.

Dieses Missverständniss bestand in der Annahme, es existire eine „französische Schule“, die sich mit dem Verbrecherthum als einer ausschliesslich socialen Erscheinung beschäftige, (was in Italien doch schon von Turati, Colajanni, Battaglia u. A. geschehen war) und es war entstanden auf Grund der Thatsache, dass die zahlreichen Arbeiten der italienischen Schule, welche ausser den 17 Bänden des *Archivio di psichiatria* und den 5 der *Scuola positiva* die 53 Bände der anthropologisch-juristischen Bibliothek des Bocca'schen Verlages bilden, ausserhalb Italiens nur einer geringen Zahl von Forschern bekannt sind, die den Inhalt derselben in deutscher, englischer oder französischer Sprache zu eigenen Schriften verarbeitet haben.

Nur die Schriften Lombroso's, oder richtiger, der erste der drei Bände seines *Uomo delinquente*, wurde in zahlreichen Uebersetzunge

auch ausserhalb Italiens verbreitet und galt als ausschliessliche Verkörperung der italienischen Schule. Und da Lombroso in erster Linie Biologe und Anthropologe ist, da ferner der erste Band seines Werks mit dem anatomischen Studium von Verbrechern anfängt, trat die biologische Seite der Criminalanthropologie besonders hervor und absorbirte alles Interesse; dazu trug auch der Umstand bei, dass Lombroso auf anatomischem und physiologischem Gebiete die auffallendsten und beunruhigendsten Entdeckungen bezüglich der Verbrecher gemacht hat. So entstand in der internationalen wissenschaftlichen Welt die Meinung, dass die italienische Schule und ihre Endschlüsse über den „criminellen Typus" sich auf die Ermittelung anatomischer Befunde am Verbrecherschädel beschränke. Dasselbe Missverständniss hat auch noch vor einem Jahrzehnte in Italien geherrscht, hier konnte es sich aber nicht halten, weil die unaufhörlichen Publicationen über Criminal-Sociologie und -Biologie es dementirten.

Ausserhalb Italiens blieb es aber bestehen und man wusste nicht oder that doch so, als wüsste man nicht, dass die italienische Schule von vornherein immer das Verbrechen nicht nur als biologische, sondern auch als sociale Erscheinung untersucht hat und dass der „*delinquente nato*" immer nicht nur als Individuum, sondern auch als sociale Persönlichkeit untersucht worden ist.

Aber was man nicht kennt, ist so gut, als wenn es nicht da wäre, und so begann seit dem Pariser Congress ein Kampf gegen den *Verbrecher-Typus* und den *delinquente nato*, nicht so, wie ihn die italienische Schule aufgefasst und beschrieben hat, sondern wie man ihn sich nach den Eindrücken vorstellte, welche der erste Band des Lombroso'schen *Uomo delinquente* hinterlassen hatte.

Nun, es giebt keinen schlimmeren Tauben, als den, der nicht hören will. Wir hatten gut erklären, dass die Frage nach dem Verbrechertypus, ausschliesslich vom anatomischen Standpunkte aus betrachtet, falsch gestellt und verstümmelt ist. Nachdem in Paris der Antrag gestellt und angenommen worden war, dass eine internationale, aus 7 Anthropologen bestehende Commission 100 lebende Verbrecher und 100 normale Menschen gleichen Ursprungs und gleicher socialer Stellung vergleichend studiren solle, um auf dem nächsten Congresse darüber zu berichten, mussten die Vertreter der italienischen Schule sich der Betheiligung an diesem Congresse enthalten, weil diese Commission nichts gethan hatte, ja nicht einmal zusammengetreten war. Ihre Abwesenheit liess natürlich das Feld für das alte Vorurtheil frei; aber neben rein metaphysischen oder ganz nichtssagenden Angriffen machte sich doch schon das Verlangen nach „Versöhnung" vernehmlich. Man verkündete die Versöhnung zwischen Aerzten und Juristen auf dem Gebiete der Criminal-Anthropologie, freilich liess man dabei den Verbrechertypus bei Seite. Um die Versöhnung vollständiger und aufrichtiger zu gestalten, erklärte man in Brüssel die italienische Schule, besonders aber ihre Lehre vom Verbrechertypus, der für die klassicistischen oder neo-spiritualistischen Gefühle unserer Gegner zu abstossend war, für todt.

Seitdem hat die italienische Schule bewiesen, dass sie noch lebt, indem sie nach dem Brüsseler Congress beständig wissenschaftliche Arbeiten über die Criminalität veröffentlichte.*)

Diese ganze Production findet sich in den eben erschienenen drei Bänden des *Uomo delinquente* Lombroso's zusammengefasst, aber sie ist nur zum kleinen Theil und spät durch Uebersetzungen dem grossen internationalen Publikum bekannt geworden und hat deshalb dem auf dem Brüsseler Congresse zu Stande gekommenen Eindrucke, dass die italienische Schule todt wäre, nicht abhelfen können.

Unter solchen Verhältnissen eröffnete der Schweizer Bundespräsident Lachenal in Genf am 24. August den IV. internationalen Congress für Criminal-Anthropologie, zu welchem von den Regierungen Englands, Russlands, Oesterreichs, Belgiens, Ungarns, Dänemarks, Hollands, Portugals, Rumäniens, Brasiliens, Argentiniens und Japans officielle Vertreter geschickt worden waren.

In der Eröffnungssitzung gab es zuerst eine officielle Ermahnung — nicht von Seiten des Bundespräsidenten —, wie nothwendig es wäre, nicht die gewohnten Grundlagen der Moral und der Justiz durch die Leugnung der Willensfreiheit, die Aufstellung eines geborenen Verbrechers und ähnliche Ketzereien zu untergraben. Aber schon am ersten Tage veranlasste die rein historische Mittheilung Lombroso's *Ueber die Fortschritte der Criminal-Anthropologie und -Sociologie seit 1892* eine sehr lebhafte Discussion über die Frage des geborenen Verbrechers. Nach den billigen Angriffen von Naecke, der den Verbrechertypus einfach dadurch zu beseitigen suchte, dass er die Namen von 3 oder 4 Forschern nannte, die ihn leugnen, und nachdem die Psychiater Bechterew und Forel — wenn auch unter gewissem Vorbehalt — die Existenz des Typus bejaht hatten, stellte Dallemagne im Sinne des ebengenannten Missverständnisses die beiden Fragen: 1. Existirt ein anatomischer Typus des geborenen Verbrechers? — 2. Genügt die blosse anatomische Beschaffenheit, um einen Menschen zu einem Verbrecher zu prädestiniren? Er antwortete natürlich mit nein, gab jedoch die Existenz gewisser erblicher Prädispositionen zu und schloss mit der „Versöhnung“, die während des ganzen Congresses bei ihm eine Art fixer Idee war. Das gab mir Gelegenheit, die Erklärung abzugeben, die

*) **La donna delinquente, prostituta e normale** — Lombroso e Ferrero, 1893.
Studio antropologico sul militare delinquente — Brancaleone Ribaudo, 1894.
La coppia criminale — Sighele, 1892.
Le degenerazioni psico-sessuali — Venturi, 1893.
Le criminalità e le vicende economiche in Italia — Fornasari, 1894.
Il cervello in rapporto ai fenomeni psichici — Mingazzini, 1895.
L'omicidio nell'antropologia criminale, con Atlante antrop.-stat. — Ferri, 1895.
Saggio psico-antropologico sul Leopardi — Patrizi, 1896.
Il genio e la pazzia nel Tasso — Roncoroni, 1896.
Il marinaio epilettico e la delinquenza militare — Cognetti, 1896.
Le anomalie nel campo visivo dei delinquenti e normali — Ottolenghi, 1894.
Il delitto femminile a Napoli — Ciraolo, 1895.
Il delinquente per passione — Bonnano, 1896
La teoria psicologica della diffamazione — Florian, 1893.
L'alcoolismo — Zerboglio, 1893.
Le perversità sessuali e Verzeni — Penta, 1893.

ich eben über die Vorläufer des Genfer Congresses gemacht habe: sie riefen die verschiedenartigsten, characteristischen Wirkungen hervor.

Ich führte ferner aus, dass alle Sociologen und Biologen, die nicht Metaphysiker oder Spiritualisten sind, mit der italienischen Schule wohl übereinstimmen könnten, denn diese hat die Frage nach dem Verbrechertypus nie auf das ausschliesslich anatomische Gebiet verlegt; sie betont zwar, dass die organische Constitution die physische Basis der psycho-physiologischen Eigenschaften und der individuellen Lebensführung ist, sie giebt aber, wie sie immer gethan hat, zu, dass das Verbrechen die Resultante nicht nur der anatomischen und physiologischen Beschaffenheit des Individuums, sondern auch seiner psychischen Zustände und des tellurischen und socialen Milieus ist.

Dem gegenüber verhielten sich die Gegner der criminal-anthropologischen Schule schweigend, obschon sie nicht abwesend waren. Thatsächlich haben meine Erklärungen, in denen die Hauptschlüsse zusammengefasst sind, welche die italienische Schule von Anfang an stets über das Verbrechen als natürliche und sociale Erscheinung behauptet hat, jenes Missverständniss beseitigt, kraft dessen mancher mit der Hoffnung nach Genf kam, die beunruhigende und ketzerische These vom geborenen Verbrecher, die in Brüssel für todt erklärt worden war, in der Schweiz definitiv begraben zu können.

Die weiteren Discussionen des Congresses ergaben, trotz aller Versuche, das alte Missverständniss zu erneuern, nur die weitere Entwicklung und Klärung des Hauptgedankens, dass die italienische Schule unter dem geborenen Verbrecher niemals einen allein durch anatomische Stigmata characterisirten anthropologischen Typus verstanden hat und versteht, der den fatalen Zwang zu Verbrechen unter allen Umständen mit sich brächte. So giebt es auch geborene Phthisiker, d. h. Menschen mit ererbter und angeborener Prädisposition zur Phthise, die doch nicht-phthisisch sterben, wenn sie das Glück haben, unter öconomischen, hygienischen etc. Verhältnissen zu leben, die ausnahmsweise günstig sind. Aber diese Verhältnisse beseitigen die characteristischen Züge einer derartigen anatomischen und physiologischen Anlage nicht.

D. h. unter einem geborenen Verbrecher hat die italienische Schule immer einen Menschen verstanden, bei dem der zum Verbrechen bestimmende Einfluss in seinem grösseren Theile von pathologischen, atavistischen und teratologischen Verhältnissen seiner psycho-physiologischen Persönlichkeit herrührt, die ihn zu einer wohl characterisirten anthropologischen Varietät stempeln.

Nach diesen Vorbemerkungen will ich kurz die Arbeiten des Congresses an der Hand der Vorträge und Discussionen auf dem Gebiete der Biologie und Sociologie des Verbrechens zusammenfassen.

Auf dem der Criminal-Biologie sind drei Berichte über allgemeine Fragen und zwei über specielle Themata gegeben worden.

Ueber *Degeneration und Verbrechen* hat Dallemagne gesprochen; er ist dabei eigentlich über sehr vage Behauptungen und abstracte Combinationen wie: Degeneration ohne Verbrechen, Verbrechen ohne Degeneration,

Degeneration mit Verbrechen etc. etc. nicht herausgekommen, anstatt positive Skizzen zu geben.

Dieser Bericht veranlasste nur ein paar ebenso vage Erklärungen, mehr über Methodologie als über Anthropologie der Criminalität, wovon ich Bemerkungen Forel's ausnehmen muss, der nach Berichtigung der Behauptung Naecke's, es gäbe bei Verbrechern keine Atavismen, richtig ausführte, dass Degeneration nicht immer Deterioration bedeute. Der Verlust des Schwanzes und der Beweglichkeit der Ohren wäre z. B. Wirkung von Degeneration, wie manche Erscheinungen des Irreseins und des Genies (Philoneismus, Anti-Traditionalismus, übermässiger Altruismus, Fanatismus), die gleichwohl einen biologischen oder socialen Fortschritt ausdrücken oder bedingen.

Mein Bericht über *Temperament und Criminalität* gab den Anlass, die Frage nach dem Verbrechertypus wieder aufzuwerfen. Aber nach den Erklärungen der ersten Sitzung über den Sinn dieses Ausdruckes war die Polemik nicht mehr so lebhaft, der Congress ermuthigte die Versuche, das alte Missverständniss zu verewigen, nicht und billigte die von mir vorgetragenen Ideen und Unterscheidungen. Nach der Erklärung von Lacassagne, dass er mit mir im Grunde übereinstimme, abgesehen von dem Ausdrucke: *tempérament criminel,* theilte Forel überzeugende klinische Beispiele von moral insanity, d. h. von angeborener Tendenz zum Verbrechen mit, gegenüber dem scholastischen Einwande des russischen Oberstaatsanwalts Zakrewskij, der biologische Terminus: Temperament vertrüge sich nicht mit dem sociologischen Terminus: verbrecherisch.

Darauf hatte Herrn Z. schon Bechterew bemerkt, dass gerade weil das Verbrechertemperament zum grössten Theile angeboren ist, die Erziehung nur einen geringen Einfluss hat, der immer schwächer ist, als der der Umgebung.

Der Vortrag Naecke's, *Allgemeine Betrachtungen über Criminal-Psychiatrie* gelangte nach einigen persönlichen Sticheleien gegen Lombroso zu dem ziemlich unerwarteten Schlusse, dass Naecke, der, wie mancher Andere, dadurch, dass er sich an die Sohlen Lombroso's heftet, ein wenig in Reclame für sich selbst macht, dass man Naecke bekennen hörte, er wäre nunmehr dazu gekommen, dem „individuellen Momente“ in der Genese des Verbrechens eine viel grössere Bedeutung zuzuschreiben, weil „im Falle eigentlichen moralischen Irreseins der individuelle Factor so sehr vorherrscht, dass man von geborenen Verbrechern reden könnte, auch wenn oft solche Individuen keine Verbrechen begangen haben. Aber es wird besser sein, nicht das Wort: geborener Verbrecher, welches so viel Missverständniss hervorgerufen hat, zu gebrauchen.“

Dann würde, wie Lombroso — der auch auf den psychiatrischen Irrthum Naecke's hinwies, dass alle Fälle von moral insanity schwachsinnig wären, während diese Fälle häufig sehr viel Intelligenz zeigen — ausführte, die Frage auf eine blosse Differenz in der Namengebung hinauskommen, mit der Naecke die Ehre seiner Waffen zu retten sucht, nachdem er in den Fragen der Thatsachen und der daraus abgeleiteten Schlüsse nachgegeben hat.

Zu den speciellen biologischen Thematen gehört auch der Vortrag von Legrain über *Alcoholismus der Ascendenten vom Standpunkte der Degeneration, der Moral und der Criminalität,* der eine sehr gründliche Discussion unter Betheiligung von Bechterew, Boissier, Forel, Motet u. A. hervorrief.

Ich glaube auf diese schon so vielfach und so gründlich behandelte Frage hier nicht näher eingehen zu sollen. Dasselbe gilt auch von dem Vortrage Lacassagne's über *Diebstähle in den grossen Magazinen,* in welchem sehr klar wohlbekannte psychiatrische Thatsachen vorgetragen wurden, welche Forel und Berillon bestätigten; diese moderne Form des Diebstahls wird nach Lacassagne von drei Klassen von Frauen begangen: von Sammlerinnen, von Desæquilibrirten und von psychisch Kranken.

Dasselbe Ensemble gestörter Denkgewohnheiten und neu aufgeworfener Probleme, wie es sich in der Criminal-Biologie an die Frage nach dem geborenen Verbrecher knüpft, schliesst sich in der Criminal-Sociologie an die Frage nach der Verantwortlichkeit; sie wurde von dem bekannten Petersburger Criminalisten Fojnizkij durch Vorlesung einer Abhandlung Drill's über *die Grundlagen und den Zweck der strafrechtlichen Verantwortlichkeit* angeregt. Fojnizkij ist mit Drill der Meinung, dass „der Begriff der Verantwortlichkeit langsam gekeimt und sich allmählich entwickelt hat, wobei mit der Zeit neue Elemente zu den anfänglichen hinzugekommen sind", und er kam mit der positiven Strafrechtsschule zu dem Schlusse, dass die Verantwortlichkeit des Individuums gegenüber der Gesellschaft nicht von seiner angeblichen Willensfreiheit abhängt, sondern dass das ganze Problem herausläuft auf die Anpassung der gesellschaftlichen Abwehrmittel an die individuellen, zum Verbrechen determinirenden Bedingungen, welche den Verbrecher als ein zur Anpassung an das sociale Leben mehr oder weniger fähiges Wesen erscheinen lassen. Unter Bezugnahme auf die beim Münchener Psychologen-Congresse von v. Liszt vertretenen Standpunkte, dass die Basis der Zurechnung ausserhalb aller Willensfreiheit nur in der Fähigkeit „normal zu handeln" bestände, zeigte F., dass diese Theorie sich nicht auf die Gewohnheits- und die unverbesserlichen Verbrecher anwenden liesse und kam seinerseits zu dem Ergebniss, dass die Strafe eine physische — sensorische und intellectuelle — Basis hat, auf welche sich die Verantwortlichkeit gründet, „als Strafbarkeit gemäss dem Sittengesetze", so dass man stets die Kranken (Irren) von den Verbrechern unterscheiden müsse.

Diese Gelegenheit habe ich benutzt, um noch einmal die *positivistische Theorie der Zurechnung* zu entwickeln, indem ich zeigte, dass es nur zwei logische Theorien der Zurechnung giebt: die klassische Theorie, wonach der Mensch moralisch und social nur deshalb und in dem Maasse verantwortlich ist, als er mit seinem freien Willen zwischen dem Verbrechen und dem normalen Handeln hat wählen können, und die positivistische Theorie, die, weil sie die Willensfreit nicht anerkennen kann, behauptet, dass jedes Individuum nur *social* verantwortlich ist, kraft der Thatsache, dass es in Gesellschaft lebt. Zwischen diesen beiden absolut entgegengesetzten Theorien halten sich viele vermittelnde und eclectische, wie die von v. Liszt in

München, die schon 1889 von Poletti ausgesprochen worden ist. Aber diese vermittelnden Theorien können wegen ihres Gehalts an veralteten metaphysischen Ideen nicht vor der wissenschaftlichen Kritik bestehen und in der Praxis führen sie nur zu einer argen Confusion von Principien und Consequenzen; vor Allem beseitigen sie nicht die Hauptabsurdität der gegenwärtigen Strafrechtspflege, kraft deren es für die verschiedensten Verbrechen nur eine Art Strafe in verschiedener Dosirung giebt. Wenn ein Hospitalarzt für alle Kranken nur ein Mittel in verschiedener Dosirung hätte, etwa: für einen Fall von Typhus einen Liter Chininlösung, für eine Pleuritis zwei Liter Chininlösung, für eine Herzkrankheit einen halben Liter Chininlösung —, dann würde er ganz so handeln, wie heute der Richter: Für einen Mord 15 Jahre Freiheitsentziehung, für einen Diebstahl 5 Jahre Freiheitsentziehung, für eine Beleidigung $2^1/_2$ Monate Freiheitsentziehung.

Dallemagne verblieb auch bei dieser Gelegenheit bei seinem eclectischen Standpunkte der Versöhnung, während der Pfarrer De Baets unter allgemeinem Beifall mit grossem Freimuth erklärte, dass es auch für ihn nur zwei logische Theorien der Zurechnung gäbe, dass er aber, wenn er auch ein überzeugter Anhänger der Criminal-Anthropologie sei, der Lehre von der Willensfreiheit treu bleibe. Forel dagegen, der auch zugab, dass es für die Zurechnung nur zwei consequente Principien gäbe, bekannte offen das positive Princip des psycho-physiologischen Determinismus und trat für die Sätze ein, welche die italienische Schule aus diesem Princip für die Strafen herleitet.

In seiner Mittheilung *Beziehungen zwischen Recht und Anthropologie* führte Zakrewskij aus, dass „die Lehren vom Verbrechertypus, vom geborenen Verbrecher und vom Atavismus des Verbrechens definitiv unter den Schlägen der wissenschaftlichen Kritik und des gesunden Menschenverstandes zusammengebrochen wären“; er erklärte, dass „der Richter niemals seine saeculare Gewalt vor irgend etwas niederlegen würde, sei es auch eine Commission von Aerzten oder eine Versammlung von Sociologen“ und schloss mit der Behauptung, dass „die Beziehungen zwischen dem Rechte und der Anthropologie ungefähr dieselben sind, wie die zwischen Geologie und Astronomie!“

Diese metaphysischen Grillen riefen sehr stürmische Erwiderungen von Seiten Lombroso's, Forel's und Ferri's hervor, die, wenn auch in höflicher Form, Herrn Zakrewskij zeigten, dass es bei seiner absoluten Urtheilslosigkeit in Naturwissenschaften etwas stark wäre, auf einen Congress von Criminal-Anthropologen zu kommen und alles existiren zu lassen, nur die Criminal-Anthropologie nicht —, noch dazu mit so mittelalterlichen Erklärungen, wie: dass sich die Richter niemals den Ergebnissen der Wissenschaften fügen würden, während doch der Jurist Cicero schon vor vielen Jahrhunderten erklärt hat: *a natura hominis discenda est natura juris* — was zugleich die beste Antwort auf seine Ueberhebung wäre.

Die letzte Mittheilung über allgemeine criminal-sociologische Fragen war die Lombroso's über *Behandlung des Gelegenheits- und des geborenen Verbrechers nach Geschlecht, Alter und Typus.* Es ist nicht möglich, hier die zahlreichen Vorschläge zur individuellen und socialen Prophylaxe und Therapie wiederzugeben, welche Lombroso dem III. Bande seines *Uomo*

delinquente entnahm (der soeben — October — erschienen ist); sie erstrecken sich von einer rein medicinischen Behandlung, besonders der Epilepsie, welche die Prädisposition zum Verbrechen begründet, bis zu socialen Reformen, zur Bekämpfung des Elends, des Alcoholismus und zu Reformen des Strafvollzuges und der Gerichtsverfassung.

Es genügt, darauf hinzuweisen, dass, wie auf dem Congress bemerkt wurde, dieser Vortrag für sich allein ausreicht, um auf's Deutlichste die Meinung zu widerlegen, dass, wenn nicht die ganze italienische Schule, so doch Lombroso einem kurzsichtigen und einseitigen Fatalismus gegenüber der Criminalität und ihrer künftigen Entwicklung huldige.

Die Discussion der speciellen Fragen in der Criminal-Sociologie begann mit dem Vortrage des berühmten Amsterdamer Criminalisten van Hamel über den *Kampf gegen den Anarchismus vom criminal-anthropologischen Standpunkte aus:* H theilt die Urheber anarchistischer Gewaltthaten in gewöhnliche Verbrecher, die aus der Anarchie nur einen Vorwand für ihre verbrecherischen Unternehmungen machen, und für diese verlangte er die Repression durch das gewöhnliche Strafrecht, — in disæquilibrirte Verbrecher, die er den Irrenanstalten überweisen will —, und in leidenschaftliche oder fanatische Naturen, — die zahlreichste Klasse —, bei denen die Lösung des Problems nicht so einfach und leicht is, wie die Empirie der Gesetzgeber annimmt, die aus blossen egoistischen Klasseninteressen gern die Verfolgungen, ja die Tortur des Mittelalters wieder aufnehmen möchte. Van Hamel verlangt die Bestrafung materieller Vorbereitungshandlungen und der directen wie der indirecten Aufreizung, selbst wenn diese, wie es das französische Gesetz bestimmt, eine blosse Apologie ist. Für Attentate verlangt er die Bestrafung nach dem geltenden Strafrechte, aber in der Form der unbestimmten Strafdauer.

Lombroso erklärte, dass die Vorschläge des Redners strenger wären, als die der criminal-anthropologischen Schule, da diese bei jedem Verbrechen von politischer Natur oder Tendenz die Todesstrafe ausschlösse; auch könne er sich nicht mit seinen Vorschlägen für die Behandlung der leidenschaftlichen Naturen unter diesen Verbrechern erklären, für die er ein, immer temporäres, Exil verlange, weil die Beurtheilung ihrer Thaten sich mit der Veränderung der politischen und socialen Verhältnisse radical ändere. Jedenfalls müsse die Gesellschaft eine Art der Symbiose finden, um die oft hochherzigen Impulse solcher Fanatiker weniger gefährlich und nutzbar zu machen.

Ich habe bezüglich der Ausführungen van Hamel's Lombroso gegenüber bemerkt, dass die unbestimmte Strafdauer, die niemals in Isolirzellen vollstreckt werden dürfe, sondern in einer Ackerbaucolonie, in welcher die Detenirten nur Nachts getrennt werden, gerade die Aussonderung oder das Exil verwirkliche, welche er verlange. Zugleich erklärte ich mich nicht nur gegen Ausnahmegesetze, welche bei Richtern und bei Bürgern den Sinn für das Recht zerstören, sondern auch gegen jede Repression der indirecten Aufreizung, welche in der Praxis immer zur gerichtlichen Verfolgung des Denkens führt, und betonte die Nothwendigkeit radicalerer und tiefer greifender Reformen der gesellschaftlichen Organisation, als einzige wirklich durchgreifende Mittel zur Abwehr anarchistischer Gewaltthaten.

Denn die Hygiene ist in der Sociologie wie in der Politik immer der Chirurgie vorzuziehen.

Ein characteristischer Zug des Genfer Congresses war das Bestreben, die bis jetzt realisirbaren practischen Anwendungen der Criminal-Anthropologie hervorzuheben. Hierher gehörten ausser den eben genannten Mittheilungen die des Brüsseler Advocaten Maus über die *Criminal-anthropologische Abtheilung,* die von dem Verbande jüngerer Advocaten daselbst zur „Erforschung der physio-psychischen Persönlichkeit Angeklagter" einerrichtet worden ist und von der Regierung unterstützt wird. Diese Erscheinung deutet darauf hin, dass die Strafjustiz schliesslich doch sich mit dem Verbrecher — in biologischer und socialer Beziehung — nicht mehr bloss mit dem Verbrechen in juristisch-begrifflicher Abstraction beschäftigen wird. Deshalb wurde auch die Anwesenheit des jetzigen belgischen Justizministers Begerem, und die seines Vorgängers, Le Jeune, welchen man die Einführung vieler Reformen in der Justiz- und Gefängniss-Verwaltung verdankt, bemerkt.

Berillon beschäftigte sich mit den *criminellen Suggestionen vom Standpunkte der suggerirten falschen Zeugnisse,* welche eine so grosse und viel verkannte practische Bedeutung haben, nicht nur wegen ihrer Häufigkeit, für welche Forel und Dalifol Beispiele beibrachten, sondern auch, weil diese Suggestionen unwillkürlich sein können, vor Allem bei impressionabeln Individuen, wie bei Kindern, Hysterischen, Schwachsinnigen etc.

Nach einem Vortrage des Abbé de Baets über die *Erziehung der Kinder von Verbrechern,* in welchem er unter Berufung auf die Vererbung besondere Erziehungsanstalten für dieselben verlangte, hörte der Congress mit dem lebhaftesten Interesse den Vortrag von Griffith, Inspectors der englischen Gefängnisse, über *die practischen Mittel zur Verhütung des Rückfalls.* Trotz seiner amtlichen Stellung erklärte G., mit der italienischen Schule in ihrer Bekämpfung des Zellensystems völlig übereinzustimmen, was, wie Lombroso bemerkte, für einen Gefängniss-Inspector wirklich ein beredtes Zugeständniss ist — und kam zu dem Ergebniss, dass nur die unbestimmte Haftdauer ein wirksames Mittel zur Bekämpfung der chronischen Criminalität und des Wachsthums der Recidive sein kann.

Der Generalsecretär der Pariser Gefängniss-Gesellschaft, Rivière, versuchte zwar geschickt eine Vertheidigung der heutigen Strafsysteme, und Prof. Gauthier aus Genf äusserte „practische" Zweifel über die Verwirklichung der unbestimmten Haftdauer, der Congress sprach aber deutlich seine Sympathie mit den Forderungen von Griffith aus.

Die Strafrechtspflege der Zukunft wird in der Hand von Richtern, die gründliche Kenntnisse, nicht im römischen und Civil-Recht, sondern in Psychologie, Anthropologie, Sociologie, Psychiatrie haben werden, nur die Aufgabe haben, festzustellen, ob der Angeklagte der materielle Urheber des entdeckten Verbrechens ist und an Stelle rhetorischer Kämpfe zwischen Anklage und Vertheidigung wird die wissenschaftliche Erörterung über die individuellen und socialen Verhältnisse des Verbrechers treten, um ihn in der einen oder anderen anthropologischen Categorie zu classificiren, womit auch die Form der stets unbestimmten Segregation gegeben ist.

Neben den angemeldeten grösseren Berichten hörte der Congress viele Einzelmittheilungen aus der Criminal-Sociologie und -Biologie, von denen ich an dieser Stelle leider nicht viel mehr als einen Catalog ihrer Titel geben kann. Ueber die *Beziehungen zwischen Pubertät und Verbrechen* sprach Marro-Turin; er führte dabei aus, dass die in der Pubertät stattfindende Abnahme des Instinctes der „Kampfeslust“ bei Mädchen, seine Zunahme bei Knaben eine Abnahme der Criminalität bei jenen, eine Zunahme bei diesen deutlich erkennen lässt. Pauline Tarnowskij machte interessante Mittheilungen über die *weibliche Criminalität in Russland;* Dr. Pailhas sprach über die *Bedeutung der Ohrmuschel-Formen* und verglich dabei die Ohrform des wilden und aggressiven Gorilla mit der des friedlichen und wenig kampflustigen Orang. Dr. Jullien lieferte neue Thatsachen über die *Häufigkeit des Greiffusses* als atavistisches Merkmal bei Verbrechern und Prostituirten. Ueber *Schädel Anomalien bei Irren* sprach Dr. Rey, über *Blutcirculation im Hirn bei Irren und Verbrechern* Dr. Frigerio, über *allgemeine und Schmerz-Sensibilität* bei Irren und Verbrechern Dr. Spina. Dr. Friedmann wies nach, dass bei *Zellengefangenen* eine Veränderung des Blutes eintritt, bestehend in einer progressiven Abnahme des Hämoglobins, womit er ihre körperliche und geistige Abschwächung erklären will. Eine Mittheilung von Dr. Minowich: *Statistische Erhebungen über die Anthropologie der Verbrecher in Bukarest,* welche das Fehlen wohl characterisirter Anomalien ergab, gab Frau Tarnowska Gelegenheit, zu bemerken, dass M. bei seinen Untersuchten nicht auf die Rassenunterschiede geachtet hätte, so dass ein negatives Resultat ebenso unvermeidlich wie nichtssagend wäre.

Cavalieri gab eine Mittheilung über *statistische anthropologische und sociologische Studien,* die er zusammen mit Florian über *Vagabondage und Criminalität* gemacht hat, durch persönliche Erhebungen in Gefängnissen, Irrenanstalten und bei der freilebenden Bevölkerung mehrerer europäischer Länder. Es handelt sich um umfangreiche Erhebungen, die bald publicirt werden sollen. Couenod gab eine *Statistik der Criminalität* in der Schweiz, Dalifol theilte die Erfahrungen mit, die er als Director einer Colonie für minderjährige Gefangene gemacht hat. Antosso theilte eine von ihm erfundene *Methode zur craniographischen Identification* von Verbrechern mit.

Vom Standpunkte der socialen Prophylaxe sprach Laschi (Verona) unter Mittheilung interessanter Documente über eine *positive Methode prophylactischer Erziehung,* wie sie in Verona an verwahrlosten Kindern geübt wird; er demonstrirte einen Fragebogen zur Ermittelung der psychischen Veranlagung und der Tendenzen der Zöglinge. Schliesslich entwickelte Dr. Struelnes Betrachtungen und Ermittelungen über *Fürsorge für jugendliche Verurtheilte,* an welche Malarewskij Vorschläge über die Prävention der Entwicklung der Criminalität durch pädagogische Ackerbau-Colonien knüpfte. Die verschiedenen Formen der Ackerbau-Colonien spielten in den practischen Forderungen des Congresses für die Behandlung des Verbrechers überhaupt eine erhebliche Rolle.

Die Reaction gegen die Kasernirung der Geisteskranken, welche darauf ausgeht, die Irren-Gefängnisse durch Irrendörfer oder durch freie Colonien

nach dem Muster von Gheel zu ersetzen, findet ihr Gegenbild in der unverkennbaren Tendenz, an Stelle der „monumentalen“ Strafanstalten welche hunderte von Gefangenen in zwecklosen Zellenreihen zusammendrängen, wo sie stumpfsinnig oder bestialisch werden, Ackerbau-Colonien zu setzen.

Die durch den Generalsecretär Bedot wohl organisirten Arbeiten des Congresses schlossen mit einer Rede des Präsidenten Ladame, nachdem beschlossen worden war, dass der V. Congress 1901 in Holland abgehalten werden soll, also in einem Lande, in welchem Männer wie der Psychiater Winkler und der Criminalist van Hamel für einen Erfolg bürgen.

Es wurden folgende Beschlüsse genehmigt: *Gegen den Alcoholismus und für die Mittel zu seiner Bekämpfung* (Antrag Forel); für *Specialanstalten für geistig erkrankte Sträflinge* (Antrag Cabred); für *familiäre, private und ländliche Colonisirung jugendlicher Verurtheilter* (Antrag Dalifol); für *die officielle Einführung der Criminal-Anthropologie in den Lehrplan der juristischen und medicinischen Facultäten* (Antrag Zucarelli).

Abgelehnt wurde der brieflich eingebrachte Antrag Manouvrier, der Congress solle sich in Zukunft anthropologisch-juristisch nennen. Gewiss wird die anthropologische Methode auch das Civilrecht beeinflussen, aber der Genfer Congress hat recht gethan, den wohlbekannten Namen der Criminal-Anthropologie mit welchem die ganze, neue Strömung der Wissenschaft ihren Namen erhalten hat, nicht abzulegen.

Wie man sieht, sind die Arbeiten des Genfer Congresses an sich zahlreich und wichtig gewesen. Aber der characteristische Geist, welcher sich aus diesem, meinem objectiven und aufrichtigen Berichte ergiebt, verleiht diesem Congresse eine entscheidende Bedeutung in der wissenschaftlichen Geschichte der Criminal-Biologie und -Sociologie. Er hat nun für immer das Missverständniss beseitigt, welches ein Hinderniss zu werden drohte, nicht für den Fortschritt der Wissenschaft — denn glücklicher Weise steht die Entwicklung der Wissenschaft über den Congressen, Academien und politischen Körperschaften — das aber in dem grossen internationalen Publikum dauernd einen falschen Eindruck über die Bedeutung, die Tragweite und die Ziele dieser neuen Wissenschaft zu unterhalten drohte, welche im Bereiche der Wirkungen des menschlichen Elends das traurige und gefährliche Symptom der Criminalität erforscht.

Indem so die irrige Idee zerstreut worden ist, dass die Criminal-Anthropologie zu einem resignirten und passiven Fatalismus über die Unvermeidlichkeit des Verbrechens führe, anstatt die individuellen und socialen Heilmittel für dasselbe aufzuweisen, die wirksamer und menschlicher sind, als gewaltsame Repression, indem der Congress diese Vorstellung beseitigt hat, hat er zum Ruhme der italienischen Schule feierlich und gleich überzeugend für die Naturforscher wie für die Gesetzgeber, die an seinen Verhandlungen Theil genommen haben, dargelegt, dass es möglich und nothwendig ist, die legislativen und administrativen Anwendungen der Criminal-Anthropologie durchzuführen, um den Organismus der Gesellschaft vor der immer drohenderen Infection mit Entartung und Criminalität zu bewahren.

II. Bibliographie.

LXXXIII) Prof. Dr. **A. Kolisko** und Dr. **E. Redlich**: Schemata zum Einzeichnen von Gehirnbefunden.

(Wien. Ulrich & Schwarzenberg, 1896.)

K.'s und R.'s neue Schemata sind als durchaus brauchbar und zweckmässig zu empfehlen 1. wegen der übersichtlichen, nur wenig schematisirten Darstellung in Rothdruck, 2. wegen der handlichen Fassung: Grösse etwas kleiner als Quart und jedes einzelne Blatt zum Abreissen eingeheftet. Der Block umfasst im Ganzen 48 Blatt; 19 Tafeln enthalten 6 Oberflächenzeichnungen des Grosshirns, 4 solche des Kleinhirns, 4 Horizontal- und 10 Frontalschnitte des Grosshirns, endlich noch 7 Querschnitte durch die Brücke. Die Zeichnungen sind nach Formol- und alcoholgehärteten Gehirnen von einem geschulten Zeichner angefertigt; die deutlich erkennbare Schrumpfung der Gehirne bietet hier den Vortheil, dass auch die Windungsthäler allenthalben zu Gesicht kommen. Mangelhaft ist nur die Zeichnung der Rautengrube, der angesichts ihrer Bedeutung in der nächsten Auflage eine sorgfältigere Darstellung za wünschen ist. Sehr angebracht wäre noch ein Sagittalbild von Gross- und Kleinhirn zusammen, um z. B. Tumoren im Hinterhaupt genau eintragen zu können und vielleicht noch ein schräger Sagittalschnitt, damit auch die dritte Raumebene vertreten ist.

E. Trömner.

Arbeiten aus dem Institut Obersteiner, Heft IV, 1896.

LXXXIV) **Hori** und **Schlesinger**: Poliencephalitis superior hæmorrhagica mit subacutem Verlauf und dem Symptomencomplex der Pseudobulbärparalyse.

Eine 41jährige Frau erkrankt plötzlich mit Sehbeschwerden, Doppeltsehen, Schluckbeschwerden, heftigem Schwindelgefühl, zeitweisen Kopfschmerzen und Compensationsstörungen von Seiten des Herzens. Kein Potus. Acht Tage lang Schlafsucht. Sonst ist das Sensorium dauernd frei. Die Untersuchung ergiebt nach 2 Monaten: Leichte Arteriosclerose. Irregularitas cordis, Frequenz des Pulses dauernd etwas erhöht. Parese des rechten Oculomotorius; Starre der linken Pupille auf Lichteinfall, Reaction auf Convergenz. Alle übrigen Augenbewegungen beiderseits frei. Parese des linken motorischen Trigeminus. Rechtsseitige Gaumenmuskellähmung. Uebrige Motilität und Sensibilität intact, keine psychischen Störungen. Kurz vor dem Tode scheint auch die Beweglichkeit des rechten Auges etwas beschränkt. Obduction: Aneurysma der Aorta ascendens. Gumma des Herzmuskels. Zahlreiche Blutungen im Höhlengrau des III. Ventrikels und des Aquæductus Sylvii, sowie in geringerem Maasse im ganzen übrigen Querschnitt. Die Bulbärnervenkerne selbst sind intact. Die Arterien an der Hirnbasis normal.

Die bulbären Lähmungserscheinungen werden von den Autoren auf die Schädigung der betreffenden centralen Bahnen bezogen; der Fall im Ganzen bietet mancherlei Abweichungen von dem typischen Bilde der Poliencephalitis hæmorrhagica superior und scheint zu den Uebergangsformen zwischen dieser und der Pseudobulbärparalyse zu gehören.

Cassirer-Berlin.

LXXXV) Dr. **F. Pineles**: Die Veränderungen im Sacral- und Lendenmarke bei Tabes dorsalis, nebst Bemerkungen über das dorsomediale Sacralbündel.

In einem Fall beginnender Tabes (reflectorische Pupillenstarre, rechts Westphal'sches Zeichen, links Kniephänomen nur mit Jendrassik zu erzielen) ergiebt die anatomische Untersuchung, dass fast ausschliesslich die unteren Rückenmarkspartien (Sacral- und unteres Lendenmark) erkrankt sind, ausserdem unter Ueberspringung der Lendenanschwellung und des untersten Brustmarks einige Wurzelsegmente in der Höhe des IX. und X. Brustnerven. Bemerkenswerth ist, dass trotz des Fehlens resp. der Herabsetzung des Kniephänomens die hinteren Wurzeln des oberen Lenden- und unteren Brustmarks intact waren. Die tabische Hinterstrangsdegeneration folgte streng dem Verlauf der hinteren Wurzeln und betraf nur solche Gebiete. welche bestimmt mit den hinteren Wurzeln in Zusammenhang zu bringen sind, verschont blieben das ventrale Hinterstrangsfeld und ein am dorsalen Septum liegendes Gebiet, der tabische Process erwies sich so als bedingt durch Hinterwurzelerkrankung mit segmentärer Affection der Wurzelgebiete. In 8 weiteren Fällen von Tabes dorsalis erwiesen sich die Verhältnisse in den unteren Rückenmarksabschnitten als ganz gleiche, die beiden Felder blieben von Degeneration frei, ein Ergebniss, das sich völlig mit den bei secundärer Degeneration durch Erkrankung der Cauda equina gemachten Beobachtungen deckt.

Das ventrale Hinterstrangsfeld (des Lumbal- und Sacralmarks wenigstens) steht demnach in keinerlei Beziehung zu den hinteren Wurzeln, muss vielmehr grösstentheils aus endogenen Fasern aufgebaut sein.

Das Gebiet am hinteren Septum (dorsomediales Sacralbündel Obersteiners) beginnt im unteren Sacralmark als dreieckig begrenztes Gebiet, nimmt nach oben zu eine mehr längliche Gestalt an, entlang dem hinteren Septum in Form zweier Zapfen sich ausdehnend und verschwindet in der Höhe der oberen Lendenanschwellung. Es zeigt eine auffällige Uebereinstimmung mit einem anderen bei Querschnittsläsionen im Brustmark absteigend degenerirenden Felde und scheint ebenfalls zum grössten Theile keinen Zusammenhang mit den hinteren Wurzeln zu besitzen.

Cassirer.

LXXXVI) Dr. **R. Hatschek**: Ueber das Rückenmark des Seehundes (Phoca vitulina) im Vergleiche mit dem des Hundes.

Im Anschluss an seine Untersuchungen über das Delphinrückenmark hat H. das des Seehundes und zum Vergleich gleichzeitig dasjenige des ihm nahestehenden Hundes genauer untersucht. Ungeachtet der nahen zoologischen Verwandtschaft zwischen Hund und Seehund ergaben sich doch erhebliche Differenzen: bei beiden Thieren sind zwar Cervical- und Lumbalanschwellung deutlich entwickelt; dagegen ist der Querschnitt des Lumbalmarks beim Seehunde fast kreisrund, beim Hunde überwiegt beträchtlich der Breitendurchmesser. Die Hinterhörner sind beim Seehunde durchgehends stärker entwickelt, länger, mit deutlichem Hals versehen; ebenso sind die Hinterstränge grösser und überwiegen mit Ausnahme des unteren Dorsalmarks überall die Vorderstränge. Im einzelnen ergaben sich noch weitere Verschiedenheiten, die besonders im Brustmarke hervortraten, wo Waldeyer auch die grösste Differenz zwischen Rückenmark des Menschen und des

Gorilla fand. Dem Rückenmark des Delphins steht das des Seehundes anscheinend ferner als dem des Hundes, was nicht verwundern kann, wenn beachtet wird, dass die Extremitäten beim Seehund sehr gut entwickelt sind und sowohl zur Fortbewegung im Wasser wie auf dem Lande dienen müssen. Ausserdem ist der Seehund auch im Besitz eines Haarkleides und einer gut entwickelten Hautmuskulatur. Cassirer.

LXXXVII) Dr. **R. Hatschek:** Ueber das Rückenmark des Delphins.

Das Rückenmark des Delphins stellt einen cylindrischen Strang dar an dem Cervical- und Lumbalanschwellung nur wenig ausgeprägt sind; dagegen ist die Cauda equina mächtig entwickelt. Der Delphin besitzt 7 Hals-, 14 Brust-, 21 Lendenwirbel, der Rest von 30 - 32 Wirbeln ist ganz in den Schwanz aufgenommen.

Die hervorragendste Eigenschaft des Delphinrückenmarkes liegt in der geringen Entwicklung der Hinterhörner und Hinterstränge und dem entsprechend auch der hinteren Wurzeln. Seine Begründung findet dies Verhalten in der geringen Entwicklung der Hautsensibilität (Aufenthalt im Wasser), ausserdem in der rudimentären Entwicklung der oberen und dem gänzlichen Fehlen der unteren Extremitäten. Am meisten nähert es sich in dieser Hinsicht dem Rückenmark der Ungulaten; sonst weicht es aber sowohl von dem Rückenmark dieser Thiere wie aller übrigen Mammalia erhebliche Verschiedenheiten auf.

Auf die zahlreichen microscopisch-histologischen Details, die Verfasser bei seiner Untersuchung ermittelte, kann im Rahmen des Referates nicht eingegangen werden. Cassirer.

LXXXVIII) **F. Pineles:** Zur pathologischen Anatomie der reflectorischen Pupillenstarre

In einem Falle von beginnender Tabes dorsalis fand P. in der nach der Marchi'schen Methode untersuchten Vierhügelgegend Veränderungen, in denen er den anatomischen Grund für die intra vitam beobachtete reflectorische Pupillenstarre zu sehen sich für berechtigt hielt: es handelt sich um einen hyperämisch entzündlichen Process im centralen Höhlengrau in der Höhe der hinteren Commissur, leichte Verdickung der Gefässwände, strotzende Füllung der Gefässe und Zerreissung derselben mit nachfolgenden Blutungen am Boden des Aquæductus Sylvii, nur hier und da etwas mehr ventralwärts zwischen die Längsbündel hineinreichend Der Oculomotoriuskern war intact, degenerirte Faserzüge waren nicht nachweisbar. Cassirer.

LXXXIX) Priv.-Doc. Dr. **Schlesinger:** Beiträge zur Kenntniss der Schleifendegenerationen.

Die Arbeit, die Ergebnisse von 7 pathologisch-anatomisch studirten Fällen verwerthet, bringt eine Reihe neuer und wichtiger Thatsachen aus diesem schwierigen Gebiete Fünfmal handelte es sich um aufsteigende Degeneration, bedingt durch Spaltbildung bei Syringomyelie, einmal um absteigende, einmal blieb die Schleifenerkrankung auf den Bulbus beschränkt. — Die Schleife erweist sich als ein aus verschiedenen Fasersystemen zusammengesetztes Gebilde. Sie entsteht zum grössten Theile aus den von den Hinterstrangkernen entspringenden und in der sensiblen (oberen)

Kreuzung sich kreuzenden Fasern, die zunächst im medialen und ventralen Theil der Olivenzwischenschicht sich anlegen und sich dann cerebral rasch durch dorsal sich anlagernde Fasern vermehren; zu ihnen gehören Fasern, die sonst immer dem Fasciculus longitudinalis posterior zugerechnet wurden. Auch die angrenzende Formatio reticularis grisea enthält Schleifenfasern. Schon in der Medulla und später in allen übrigen Höhen findet ausserdem ein Einstrahlen sehr feiner Fasern in die Schleifenschicht statt, die in dieser nur eine kurze Strecke weit ziehen. — Mit dem Kleinerwerden der Olive verändert die Schleife ihren Querschnitt, indem sie kürzer und breiter wird und dann die bekannte Umlagerung ventrolateralwärts eingeht. Ausserdem gesellen sich ihr jetzt zwei Fasersysteme zu, ein ventral sich anlagerndes: die „lateralen pontinen Bündel", die sich in den höchsten Ponsebenen lateral den Fasern des Hirnschenkelfusses anschliessen, und ein „Bündel von der Schleife zum Fuss", medial und etwas cerebral von den oben erwähnten sich anlegend, das in höheren Ebenen stets weiter an den Hirnschenkelfuss heranrückt und dann um diesen herumwandernd in seinen lateralen Theil gelangt, wo es für kurze Zeit wieder die lateralen pontinen Bündel trifft, um sich dann nochmals von ihnen zu trennen.

Die aufsteigende Schleifendegeneration lässt sich nicht über den unteren Abschnitt des Thalamus opticus verfolgen. Verfasser ist daher geneigt, sich der Ansicht anzuschliessen, dass hier und auch schon mehr spinalwärts in den Vierhügeln die Schleifenbahn unterbrochen wird und ein neues Neuron beginnt. — Die lateralen pontinen Bündel degeneriren nicht aufsteigend und können auch bei absteigender Degeneration des Hauptheils der Schleife frei bleiben. Sie dürften eine centrale Verbindung der Sinnesnerven (Trigeminus) darstellen. Das Bündel von der Schleife zum Fuss dagegen degenerirt auf der Seite der Läsion und scheint ungekreuzt cerebralwärts ziehende Schleifenfasern zu enthalten. Bei absteigender Degeneration ist dieses Bündel häufig mitbetroffen. Bei dieser wird die Degeneration der medialen Schleife deshalb um so ausgesprochener, je weiter caudalwärts der Herd liegt, weil mit dessen Abwärtsrücken die Zahl der getroffenen absteigend degenerirenden Fasern stetig wächst.

Was die physiologischen Beziehungen anlangt, so kommt Verfasser im Wesentlichen zu negativen Schlüssen, dass nämlich weder ein bedeutender Theil der Nervenfasern der Schleife zur Leitung der tactilen noch der Muskelsinnsempfindung dienen dürfte. Wahrscheinlich sind aber in diesem Theil die Fasern für die Leitung des Schmerz- und Temperatursinns enthalten.

Nebenbei wird noch festgestellt, dass die Kleinhirnolivenbahnen wahrscheinlich vor Allem mit den Ganglienzellen des ventralen Blattes der unteren Olive in Verbindung treten. Cassirer.

XC) Dr. **H. Schlesinger**: Ueber Spaltbildungen in der Medulla oblongata und über die anatomischen Bulbärläsionen bei Syringomyelie.

Spaltbildungen im Bulbus entstehen einerseits in central zerfallenden Tumoren (besonders Tuberkel und Gliomen), dann in Fällen, wo sich gliöse Wucherung geringeren Grades oder auch einfache Zerfallsprocesse vom Rückenmarke in die Medulla oblongata hinauf erstrecken oder erst selbstständig im Bulbus auftreten. Beim Uebergang aus dem Rückenmark wird

der Spalt gewöhnlich erheblich kleiner. Im Bulbus pflegt er eine ganz bestimmte Lage einzunehmen, er zieht dann gewöhnlich von der Gegend des Centralkanals gegen die spinale Quintuswurzel hin, in seiner Richtung ungefähr den austretenden Vaguswurzeln folgend. Er ist proximalwärts nicht höher als bis zum Facialisaustritt gefunden worden, pflegt aber meist früher zu enden und zwar allmählich. Seine Breite ist eine wechselnde, ebenso die Beschaffenheit der Ränder, die bald unregelmässig, bald auffallend gerade erscheinen. Meist besteht keine Verbindung mit dem IV. Ventrikel, noch seltener ist eine freie Ausmündung an der lateralen Seite. In einer weiteren Reihe von Fällen findet sich ein medianer Spalt der häufig mit dem IV. Ventrikel communicirt. Die durch die Spaltbildungen gesetzten Läsionen pflegen der typischen Lage entsprechende typische zu sein. Bei den lateralen finden sich vorzugsweise degenerirt: durch Zerstörung der Fasern der Schleifenkreuzung die contralaterale Schleife, ferner das Corpus restiforme, die Kleinhirnolivenbahn die spinale Glossopharyngeus-, Trigeminus-, Acusticuswurzel, die Fibræ arcuatæ zum Theil, und endlich die in den tieferen Abschnitten gelegenen Bulbärnervenkerne. Sehr auffallend ist eine cerebralwärts an Intensität zunehmende, als retrograde aufzufassende Pyramidendegeneration. Dazu kommen Veränderungen, die als Fortsetzung der Rückenmarksläsionen zu betrachten sind, Degeneration in den Hintersträngen, in der Kleinhirnseitenstrangbahn, sehr selten im Gowers'schen Bündel. Die Veränderungen gleichen also zum Theil den bei Tabes gefundenen, diese pflegen aber meist doppelseitig und ausserdem entschieden degenerativer Natur zu sein. Für diese Spaltbildung glaubt Schlesinger als wichtigste Ursache eine Gefässerkrankung annehmen zu sollen, wobei die schon normalerweise lockere Gewebestructur begünstigend wirkt.

Der mediane Spalt findet sich nur in den unteren Theilen der Medulla, ist meist mit Epithel ausgekleidet. Bei seiner Entwicklung dürften entwicklungsgeschichtliche Vorgänge eine Rolle spielen.

Die klinischen Erscheinungen von Seiten der Zunge, des Kehlkopfs, des Gaumensegels, des Geschmacks, die Sensibilitätsstörungen, ebenso die seltenen Erscheinungen von Seiten des Facialis, des Abducens, des Gehörs finden in den anatomisch sicher gestellten Läsionen eine ausreichende Erklärung, dagegen sind eine Anzahl anderer Symptome — Augenmuskellähmungen, reflectorische Pupillenstarre, Opticus- und Olfactoriusstörungen — durch diese nicht erklärt. — Hier handelt es sich um Complicationen namentlich mit Tabes oder Hydrocephalus — für die letztere Combination wird ein interessanter, klinisch und anatomisch untersuchter Fall beigebracht. Man muss an solche Combination besonders dann denken, wenn unter Ueberspringung der eigentlich bulbären Nerven eine Augenmuskellähmung oder eine Opticusaffection vorliegt. Cassirer.

XCI) Charcot: Poliklinische Vorlesungen. II. Bd. Schuljahr 1888/89. Uebersetzt von Kahane.

(Leipzig und Wien 1895.)

Die Eigenart der Charcot'schen Vorlesungen ist zu bekannt, als dass eine nähere Characterisirung derselben hier am Platze wäre. Es genüge

daher ein kurzer Hinweis auf den in gewandter deutscher Uebersetzung vorliegenden zweiten Band.

Unter den mannigfaltigen Krankheitsbildern, welche uns Charcot in seiner bekannten Anschaulichkeit vorführt, nimmt natürlich die Hysterie einen breiten Raum ein. Ganz besonders tritt in diesem Bande das Bestreben hervor, zu zeigen, dass jede organische Nervenkrankheit von der Hysterie vorgetäuscht werden kann, oder wie sich Charcot im Schlusswort ausdrückt, einen „Doppelgänger“ auf dem Gebiete der Hysterie haben kann. Die Differentialdiagnose derartiger Fälle wird mit ganz besonderer Sorgfalt behandelt. M a n n (Breslau).

XCII) **E. Brissaud:** Leçons sur les maladies nerveuses. Avec 240 figures.) (Paris 1895.)

Der sehr gut ausgestattete 644 Seiten starke Band enthält 30 Vorlesungen, welche B. unmittelbar nach dem Tode Charcot's an der Salpêtrière gehalten hat.

Diese Vorlesungen Brissaud's unterscheiden sich sehr wesentlich von denen seines Vorbildes und Lehrers Charcot. Während bei Charcot stets die klinische Besprechung der vorgeführten Fälle den Kern der Vorlesung bildet und die allgemeinen Erörterungen sich eng an die speciellen Fälle anlehnen, tritt bei Brissaud die rein klinische Betrachtung viel mehr zurück. Er giebt uns nur eine sehr knappe summarische Schilderung seiner Fälle, so dass man oft eine detaillirtere Besprechung der Symptome vermisst. Das Hauptgewicht der Vorlesungen liegt dagegen in Untersuchungen über die anatomische Grundlage der besprochenen Krankheiten und in ausführlichen hypothetischen Betrachtungen über das Wesen und die Pathogenese derselben.

Die Hypothesen, die der Verfasser in glänzender Sprache entwickelt, zeugen durchweg von Geist und Originalität, sowie von einer gründlichen Kenntniss der einschlägigen Litteratur. Aber es ist doch nicht zu verkennen, dass er sich in seinen Deductionen vielfach etwas zu weit von dem Boden der Erfahrungsthatsachen hinwegführen lässt.

Schon die beiden ersten Vorlesungen sind äusserst interessant und für die Brissaud'sche Betrachtungsweise characteristisch.

Sie behandeln die amyotrophische Lateralsclerose oder, wie B. diese Krankheit zu Ehren seines Lehrers genannt wissen möchte, die „Charcot'sche Krankheit“.

Nach kurzer Besprechung einiger Krankheitsfälle bespricht Verfasser die anatomischen Befunde und hebt hervor, dass bei der amyotrophischen Lateralsclerose die Seitenstrangsdegeneration nicht streng mit der Pyramidenbahn zusammenfalle, sondern dieselbe nach vorn überschreite (supplementäre Degeneration Marie's), ferner dass die Pyramidenbahn selbst nie so völlig degenerirt sei wie bei secundärer Degeneration, sondern immer noch normale Fasern enthalte. Daraus, sowie aus einigen anderen Erwägungen schliesst er, dass bei der Charcot'schen Krankheit das primär erkrankte das System der k u r z e n F a s e r n sei, welches in grosser Ausdehnung die Seitenstränge einnehme und durch welches die Pyramidenfasern sich gewissermassen hindurchdrängten. Diese letzteren seien bei der Erkrankung unbetheiligt

oder doch erst in zweiter Reihe in geringem Masse betheiligt. Er definirt demnach die Charcot'sche Krankheit als eine systematische Erkrankung der Gesammtheit derjenigen Neurone, deren Centren die Strangzellen und deren Fortsätze die kurzen Fasern der Seitenstränge bilden. Diesem System rechnet er auch die analog angeordneten Associationsfasern der motorischen Rindenbezirke hinzu, welche in der That in einem Falle von Nonne erkrankt gefunden wurden.

Leider fehlt dieser interessanten Hypothese die klinische Begründung. Man müsste natürlich bei diesem Sitz der Degeneration erwarten, dass eine besondere Form der Bewegungsstörung resultire, jedenfalls eine andere, als bei Unterbrechung der Pyramidenbahn. Der Verfasser erwähnt diesen Punkt ganz kurz: er schreibt den kurzen Bahnen die Function der Coordination der Bewegungen zu und meint demnach, dass die Unterbrechung derselben eine Aufhebung derjenigen Bewegungen bewirken müsse, zu welchen eine gewisse Präcision gehöre, während die groben Massenbewegungen erhalten blieben. Und das sei in der That bei der amyotrophischen Lateralsclerose der Fall, „soweit die Atrophie der Vorderhornzellen noch Contractionsfähigkeit übrig lässt". Den klinischen Nachweis für diese Behauptung bleibt der Verfasser aber völlig schuldig und lässt damit eine bedenkliche Lücke in seiner Hypothese. Aus seinen Krankengeschichten, in welchen die motorischen Störungen nur sehr oberflächlich geschildert sind, können wir nämlich durchaus nicht die Ueberzeugung gewinnen, dass bei den Bewegungsstörungen seiner Kranken wirklich der Ausfall der Coordination das wesentliche ist.

Diese kurze Skizze der ersten beiden Vorlesungen sei als ein Beispiel angeführt. Auf den gesammten Inhalt der Vorlesungen, welche die verschiedenartigsten Themata behandeln, kann natürlich nicht eingegangen werden.

Besonders aufmerksam gemacht sei nur auf die interessanten Abhandlungen „über krampfhaftes Lachen und Weinen" und „über die Natur der Parkinson'schen Krankheit", ferner „über Brown-Séquard'sche Lähmung" und „über die Aufhebung des Muskelsinns und das Romberg'sche Symptom".

In allen Vorlesungen treffen wir auf geistreiche und originelle Anschauungen, vielfach allerdings auch auf recht angreifbare Punkte.

Die Lectüre des Buches erfordert daher viel eigene Kritik, ist aber durchweg anregend und interessant und kann den Fachgenossen angelegentlich empfohlen werden. Mann (Breslau).

XCIII) **A. Broca**, chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la faculté de médecine, membre de la société de chirurgie, et **P. Maubrac**, ancien prosecteur à la faculté de médecine de Bordeaux: Traité de chirurgie cérébrale. Avec 72 figures dans le texte.

(Paris, Masson & Co., 1896. 12 francs.)

Das vorliegende Werk von 586 Seiten giebt in seinen beiden Theilen eine ausführliche Abhandlung der Lehre von den chirurgischen Eingriffen am Schädel und Gehirn. Als Einführung dazu werden im ersten Theil die anatomischen Verhältnisse eingehend und mit Benutzung zahlreicher schematischer Zeichnungen besprochen. Dem schliesst sich ein Capitel über die

Topographie craniocérébrale an, in welchem gezeigt wird, wie die einzelnen Punkte und Centren des Gehirns am zweckmässigsten am äusseren Schädel bestimmt und von diesen correspondirenden Stellen her aufgesucht werden können. Auf die Abhandlung über die Hirncentren, welche eine Localisation gestatten, folgen die chirurgischen Erwägungen zum Zweck einer Operation und dann die Beschreibung der Operation der Schädelöffnung und ihre Gefahren. Dabei muss ich erfreulicher Weise constatiren, dass die Verfasser dem Gebrauch des Trepans mit Recht warm das Wort reden und ihn allein anwenden. Man kann in der That nur wünschen, dass die Meisselarbeit am Schädel endlich aufhöre, da sie meiner Meinung nach sicher schädlich ist. Der zweite Theil behandelt sehr ausführlich und unter sehr fleissiger Benutzung der einschlägigen, auch der deutschen, Litteratur die einzelnen Krankheiten und Affectionen, bei welchen die Schädeleröffnung in Betracht kommt, zunächst nämlich die traumatischen Läsionen, dann die Folgen der eitrigen Mittelohrentzündung, schliesslich die Tumoren. Dieser Theil des Buches ist entschieden der wichtigste. Er nimmt dementsprechend auch 324 Seiten desselben in Anspruch und giebt über alle Fragen ausführlich Antwort. An ihn schliessen sich noch vier weitere Capitel, welche ebenso ausführlich modernere Gebiete der Trepanation behandeln. Wir können hier nur die einzelnen Affectionen namentlich aufführen; es werden besprochen die Trepanation bei Gehirnhämorrhagie und Erweichungsherden, bei acuter und subacuter Meningitis, bei verschiedenen Arten von Hirnabscess und sogar bei allgemeiner Paralyse. Diese letzte allerdings in negativem Sinne und wohl lediglich aus historischem Interesse, sowie der Vollständigkeit halber, deshalb auch sehr kurz auf einer Seite, weil einzelne Autoren bei Paralyse den Versuch gemacht haben, ähnlich wie neuerdings bei Microcephalie durch partielle Schädel-Resection seinem Inhalte Raum zu verschaffen und ihn zu entlasten. Im Capitel über Hydrocephalus wird auch die Lumbalpunction besprochen, da die Erfolge der Operation am Schädel selbst nicht sehr ermuthigend sind. Ganz modern ist dann die Trepanation oder Schädelresection bei Microcephalie und Idiotie. Eine Zusammenstellung weist unter 89 Fällen von so behandelten Microcephalen 48 Besserungen auf. Leider aber halten diese momentanen Besserungen nicht Stand. Referent hat bisher nur in einem Fall von Idiotie sich entschlossen, die Schädelresection ausführen zu lassen bei einem etwa 7jährigen Jungen und zwar, um eine beginnende Erblindung zu verhüten. Die Resection wurde mit Hammer und Meissel gemacht und der Knabe starb noch am selbigen Tage, nachdem sich schon gegen Schluss der Operation Cheyne-Stokes'sche Athmung eingestellt hatte, die ich nicht anstehe, eben auf die Meisselung zu schieben. Im letzten Capitel schildern die Verfasser noch die Indicationen und Resultate der Schädelöffnung bei Epilepsie, bei Psychosen, bei Kopfschmerz und endlich bei Encephalocele. Der äusserst reiche Inhalt des Werkes bereitet dem Chirurgen wie dem Neurologen gleich viel Anregung. Die Ausstattung des Werkes ist sehr gut.

W i c h m a n n (Braunschweig).

III. Referate und Kritiken.

A. Anatomie.

488) **E. Münzer** und **H. Wiener**: Beiträge zur Anatomie des Centralnervensystems.

(Prager med. Wochenschrift 1895, Nr. 14.)

489) **E. Münzer**: Beiträge zum Aufbau des Centralnervensystems.

(Prager med. Wochenschrift 1895.)

Beide Publicationen, die übrigens nach den Verheissungen der Verfasser nur als vorläufige anzusehen sind, berichten über Experimente zur Aufklärung der von Bouchard, Löwenthal, Münzer u. A. gemachten Beobachtung, dass die Degeneration im Pyramidenseitenstrange nach Gehirnzerstörung viel geringer ist als nach Rückenmarksdurchschneidung.

Die naheliegende Vermuthung, dass die Mehrdegeneration in letzterem Falle von Fasern herrührt, die im Rückenmark selbst entspringen, wurde durch folgenden Versuch bestätigt: Einem neugeborenen Kaninchen wurde eine Grosshirnhalbkugel genommen (damit eine Agenesie der gekreuzten Pyramide gesetzt) und später dem erwachsenen Thier das Rückenmark quer durchschnitten. Dann finden sich auf der dem Hirndefect entgegengesetzten Seite fast ebenso viel Fasern frisch degenerirt als auf der anderen, diese aber müssen alle unterhalb des Grosshirns in die Pyramidenbahn eintreten. Das verhielt sich aber bei verschiedenen Thieren verschieden: je höher die Thiere stehen, je bewusster also die Bewegungen sind, um so mehr Fasern degeneriren vom Grosshirn her: Beim Kaninchen entspringt der grössere Theil des Pyramidenseitenstranges unterhalb des Grosshirns, beim Menschen fast alle im Grosshirn. Die Frage, wo nun jene nicht vom Grosshirn herabsteigenden Fasern entspringen, erörtert die zweite Mittheilung.

Nach diesbezüglichen Versuchen an Tauben und Kaninchen ergiebt sich, dass die extracorticalen Bestandtheile des Pyramidenseitenstranges grösstentheils dem gleichseitigen Rückenmarksgrau entspringen und dass Kleinhirn oder Vierhügel an ihrem Aufbau nicht betheiligt zu sein scheinen.

Neu ist das Resultat der Arbeiten nicht, da man schon vor Singer und Münzer, allerdings auf anderem Wege, in den Strangzellen Elemente fand, welche ihren Axencylinder in die Seitenstränge schicken. Es wäre ein Vergleich dieser auf verschiedenen Wegen gefundenen Anschauungen erwünscht gewesen.

E. Trömner.

---

490) **Adam Ciaglinski** (Warschau): Lange sensible Bahnen in der grauen Substanz des Rückenmarkes und ihre experimentelle Degeneration.

(Neurol. Centralbl. 1896, Nr. 17.)

C. fand bei einem Hunde, dessen Rückenmark abgeschnürt worden war, nach 4 Tagen ausser keilförmiger nach oben abnehmender Degeneration der Hinterstränge oberhalb der Ligatur in der Mitte des Rückenmarksquerschnittes dicht hinter dem Centralkanal eine mit Schwellung einhergehende aufsteigende Degeneration eines nach oben an Dicke abnehmenden Nervenfaserstranges. Derselbe bisher nicht bekannte Strang wurde auch bei einem an einem Hunde vorgenommenen Controlversuche in ähnlicher Weise dege-

nerirt gefunden. Der Strang verläuft (wenigstens beim Hunde) von der Lumbalanschwellung, wahrscheinlich von der Cauda aus zu beiden Seiten der Sagittallinie, grenzt vorn an den Centralkanal, hinten an die vorderen Endigungen der mittleren Hinterstränge. Wahrscheinlich gehört er zu den sensiblen Strängen und dient zur Leitung der Schmerz- und Temperaturempfindung. Hoppe.

---

491) **E. Münzer** und **H. Wiener**: Ueber die Ausschaltung des Lendenmarkgrau.

(Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Bd. 35, 1895.)

Zur Vervollständigung der von Brieger und Ehrlich begonnenen Versuche zur Erzeugung einer isolirten Necrose des Lendenmarksgraus durch $^{1}/_{2}$—1stündige Compression der Aorta abdominalis und in der Erwartung mit neuen Methoden (namentlich Nissl und Marchi) neue Resultate zu erhalten, untersuchten die Verfasser bei einer Reihe von 21 Kaninchen das Rückenmark in verschiedenen Zeiten nach einstündiger Compression der Bauchaorta und zwar in Rücksicht 1. auf das Verhalten der Ganglienzellen (Nissl's Methode), 2. auf secundäre Degenerationen (nach Marchi).

Die Ganglienzellen boten etwa 4 Stunden nach der Compression die ersten krankhaften Veränderungen dar, nämlich feinkörnigen Zerfall der Granula und Auftreten einer netzartigen Umwandlung in einzelnen, wogegen die Zellen des Vorderhorns normal gewesen seien. (Dieser Befund erscheint noch zweifelhaft, da schon normaler Weise ausser den grossen wie getiegert structurirten Vorderhornzellen fast alle Zellen netzartig gebaut sind und meist eine Menge kleiner Körnchen enthalten. Ref.). Deutlich waren 6 Stunden nach Compression die Vorderhornzellen krankhaft verändert dergestalt, dass bei vielen die streifige Anordnung der gefärbten Körper in eine netzartige Figur umgewandelt und ein auffallend grosser Bruchtheil im chromophilen Zustande war; bei einem anderen Falle waren die erwähnten „Granula“ (wie sie unlogisch oft genannt werden) einiger Zellen in dieser Zeit feinkörnig (moleculär) zerfallen. Schwerere Veränderungen zeigten sich nach 8 Stunden: viele moleculär zerfallen, andere homogenglasig entartet mit Einbuchtungen am Rande, nicht selten mit einem Kranze von dunkelblauen Substanzpartikeln umgeben.

Nach 12 Stunden waren die meisten der Zellen nur noch Schatten mit fast verschwundener Zeichnung, nur ganz schwach gefärbtem Inhalte und dunklen, geschrumpften Kernen: und nach 24 Stunden endlich zeigte sich wohl sporadisch noch eine Zelle mit normaler Granulirung; die anderen aber waren geschwunden oder zu Schatten reducirt. Von da an begannen vicariirende Veränderungen an Stelle der geschwundenen Zellen Platz zu greifen, Gliawucherung, Gefässvermehrung, Rundzelleninfiltration u. a.

Dem Untergang der Zellen selbst musste nun gesetzmässig die Degeneration derjenigen Fasern folgen, deren Axencylinder den Zellen des Grau entspringen. In der That zeigte die Marchi-Methode 6—8 Tage nach der Compression eine diffuse, dünn gesähte Degeneration, die nicht zu den bekannten Systemen passt. 1. Im Seitenstrang eine Menge zerstreuter Fasern, die, nach aussen gedrängt, schliesslich einen schmalen Randstreifen aussen vom Kleinhirnseitenstrang einnehmen. 2. Ein schmaler

Streifen am Aussenrande des Vorderstranges, aus dem manchmal Fasern zum anderen Vorderhorn hinüberkreuzen.

3. Degenerationen der Hinterstränge, zunächst gleichmässig dünn gesät und höchstens im ventralen Winkel dichter gedrängt, ziehen sich aber nach aufwärts allein auf den medialen Theil des Goll'schen Strangs zusammen. Dass diese Fasern dem Hinterhorn derselben Seite entstammen, ging aus ihrer Vertheilung in denjenigen seltenen Fällen hervor, wo nur ein Hinterhorn zu Grunde gegangen war.

Die betreffenden Zellen fassen die Verfasser als Strangzellen des Hinterstranges im Sinne Ramon y Cajal's auf und leiten aus ihren Befunden die Vermuthung her, dass „vor Allem, wenn nicht ausschliesslich, die Zellen des Hinterhorns" ihre Fortsätze in den gleichseitigen Hinterstrang senden. Ob aber die Befunde zu dieser extremen Ansicht berechtigen, erscheint sehr fraglich, da nach der beigegebenen Zeichnung die degenerirten Fasern nur einen kleinen Bruchtheil des Areals des Goll'schen Stranges einnehmen (Ref.). Der Ansicht Redlich's, dass nach Aortacompression gerade diejenigen Fasern degeneriren, welche bei Tabes, deren Process den Wurzelantheil der Hinterstränge zerstöre, verschont bleiben, dass also die tabische Degenerationfigur gleichsam das Negativ jener darstelle, gestehen die Verfasser in Folge dessen nur eine beschränkte Berechtigung zu.

In klinischer Beziehung erfuhr die Frage nach der Empfindungsleitung eine gewisse Klärung. Es zeigte sich, dass bei Thieren, deren eines Hinterbein nicht analgetisch, auch das gleichseitige Hinterhorn nicht degenerirt war: Es scheint demnach die Empfindung jedes Gliedes an die Intactheit des betreffenden gleichseitigen Hinterhorns gebunden zu sein. Zunächst allerdings gilt das erst für's Kaninchen. Versuche, auch beim Hunde ähnliche Lähmungen durch Compression der Aorta herbeizuführen, gelangen den Verfassern nicht.

E. Trömner.

---

492) **Bernheimer**: Die Sehnervenkreuzung beim Menschen.
(Wiener klin. Wochenschrift 1896, 34.)

Verfasser wendet sich gegen die neuerdings auch von v. Kölliker als sehr wahrscheinlich erklärte Annahme einer totalen Sehnervenkreuzung. Die Arbeit kritisirt vorwiegend die v. Kölliker'sche Beweisführung und bringt neues Material für den Nachweis der partiellen Kreuzung, sie ist in Folge ihres beschreibenden Inhalts in Kürze nicht wiederzugeben. Der Hauptgrund für die Differenzen liegt nach dem Verfasser in dem Umstand, dass die ungekreuzten Sehnervenfasern nicht in einer Ebene liegen, sondern nach der Seite und nach aussen umbiegen, so dass ihr directer anatomischer Nachweis schwer möglich ist. Verfasser behauptet, dass wir, obgleich sich eine so gewichtige Autorität für die totale Kreuzung ausgesprochen hat, doch noch berechtigt sind, die bisherigen Resultate der embryologisch-anatomischen und der pathologisch-anatomischen Forschungen, welche die partielle Kreuzung beweisen, als zu Recht bestehend anzusehen.

Lehmann (Werneck).

---

493) **H. Schwabe** (Pfullingen): Ueber die Gliederung des Oculomotoriushauptkernes und die Lage der den einzelnen Muskeln entsprechenden Gebiete in denselben. — Vorläufige Mittheilung.

(Neurol. Centralblatt 1896, Nr. 17.)

Die Versuche wurden an Kaninchen ausgeführt, welche 9—14 Tage nach Exstirpation der verschiedenen Augenmuskeln getödtet wurden.

Ein positives Resultat ergaben die Fälle von Exstirpation der vier vom N. oculomotorius versorgten Augenmuskeln, während die Untersuchung betreffs des Ursprungs der die inneren Augenmuskeln versorgenden Fasern resultatlos blieben, der von Mendel vermuthete Ursprung des Augenfacialis im Oculomotoriuskern fand keine Bestätigung.

Nach völliger Ausräumung der Augenhöhle degenerirten sämmtliche motorische Ganglienzellen des Oculomotoriushauptkernes nebst den im hinteren Längsbündel gelegenen Lateralzellen; zum Theil findet eine Kreuzung der Fasern statt. Eine scharfe Grenze zwischen den einzelnen Kernabschnitten ist nicht vorhanden, doch kann man einen distalen (dorsalen) und einen proximalen (centralen) Theil unterscheiden, der erstere entspricht dem Nucl. ventral. ant.

Gekreuzt innervirt wird im Wesentlichen nur der M. rect. sup., die Fasern kommen aus der dorsalen Hälfte des distalen Abschnittes, während die Fasern für den M. obliqu. inf. aus der centralen Hälfte dieses Abschnitts der gleichen Seite und die für den M. rect. inf aus dem proximalen Abschnitt der gleichen Seite entspringen. Die Zellen für den M. rect. int. lagen an der ganzen dem hinteren Längsbündel aufliegenden Seite des ungekreuzten Kernes ausgebreitet.

Die bei reiner Aufwärtsbewegung zusammenwirkenden Mm. rect. sup. und obliqu. inf. haben also ihr Centrum im distalen Kernabschnitt, die bei der Convergenz betheiligten Rect. inf. und int. an der äussersten Spitze des proximalen Abschnittes. Hoppe.

---

494) **A. Mahaim**: Recherches sur les connexions qui existent entre les noyaux des nerfs moteurs du globe oculaire d'une part et d'autre part le faisceau longitudinal et la formation réticulaire.

(Bullet. de l'Acad. royale de méd. de Belgique, 1895.)

Mahaim benutzte das Gudden'sche Degenerationsverfahren, um die Beziehungen der Augenmuskelnerven zu dem hinteren Längsbündel festzustellen. An zwei neugeborenen Kaninchen wurden die Augenmuskelnerven exstirpirt und, nachdem die Thiere mehrere Monate noch gelebt hatten, die Gehirne an Carminserien untersucht. Sein Hauptaugenmerk richtete M. auf das hintere Längsbündel. Dieses fand sich theilweise im Zustande der Degeneration. Sein mediales Fasergebiet erschien intact: dieser Theil dürfte zu den Augenmuskelkernen in keinen Beziehungen stehen; im lateralen Theil des Bündels dagegen liess sich bestimmt ein Faserausfall nachweisen; hier müssen alle die Fasern gesucht werden, die, der schon früher von Duval und Laborde, neuerdings von Bechterew ausgesprochenen Ansicht entsprechend, eine Verbindungsbahn zwischen den Augenmuskelkernen darstellen. In Betreff der intracentralen Beziehungen des Augenmuskelkernes zu dem Endkern des sensiblen Trigeminusastes legt Verfasser

folgender Beobachtung besondere Wichtigkeit bei: im Niveau des Oculomotoriuskernes gelang es, einzelne Fasern nachzuweisen, die vom lateralsten Theil des hinteren Längsbündels sich abzweigend, die Formatio reticularis betreten und innerhalb derselben bis an den Trigeminuskern zu verfolgen sind, in dessen Gebiet sie sich der Beobachtung entziehen. Zur Stütze seiner Annahme, dass hier eine Verbindungsbahn zwischen III. und V. Gehirnnerven vorliege, führt Verfasser noch an, dass Hand in Hand mit der Degeneration der lateralen Theile des hinteren Längsbündels sich stets Erscheinungen einer Atrophie im lateralen und dorsalen Theil der Formatio reticularis fanden. In Bezug auf die Verlaufsrichtung der betreffenden Fasern stellt sich M. die Sache so vor, dass sie Fortsätze von bestimmten Zellen der Formatio reticularis sind, welche Zellen von den inneren Faserendigungen des sensiblen Trigeminusastes umflochten sind. Die Fortsätze selbst schliessen sich dem lateralen Theil des hinteren Längsbündels an, um schliesslich, die Bahn desselben verlassend, in den Oculomotoriuskern einzutreten und daselbst unter Umflechtung der Nervenzellen zu endigen.

Bach.

---

495) **St. Bernheimer**: Zur Kenntniss der Localisation im Kerngebiete des Oculomotorius. — Vorläufige Mittheilung.

(Wiener klin Wochenschrift IX, S. 73, 1896.)

Bernheimer hat die von Nissl eingeführte Methode der „primären Reizung" benutzt, um beim Kaninchen die zu den einzelnen Augenmuskeln gehörigen Ganglienzellen im Kerngebiet des Oculomotorius zu bestimmen. Die den Lesern des Centralblattes bekannte Methode (siehe Fr. Nissl: Eine neue Untersuchungsmethode des Centralorgans speciell zur Feststellung der Localisation der Nervenzellen. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., Band XVII, S. 337, 1894) besteht bekanntlich darin, dass bestimmte motorische Nerven vollständig durchschnitten werden und einige Zeit darauf die zugehörigen inzwischen degenerirten Ursprungszellen im Centralorgan aufgesucht werden.

Bernheimer fasst die vorläufigen Ergebnisse seiner Untersuchungen wie folgt zusammen:

1. Am 12.—15. Tage nach der Exstirpation eines Muskels lassen sich im Kerngebiete der jene Muskeln versorgenden Nerven bestimmte Veränderungen nachweisen. (Die Veränderungen sind auch schon einige Tage früher bestimmt nachweisbar. Ref.)
2. Die Veränderungen fehlen immer dann, wenn der betreffende Muskel bloss durchschnitten oder nicht vollkommen exstirpirt wurde. (Nach des Ref. eigenen Untersuchungen genügt die vollständige Durchschneidung des Muskels nicht bloss, sondern ist die einzig richtige Methode.)
3. Die Veränderungen in den Nervenzellen entsprechen vollkommen jenen Zerfallserscheinungen, die Nissl im Facialiskern seiner Versuchsthiere schon wenige Tage nach der Operation vorgefunden hat. Der Zerfall betrifft zunächst die färbbare Substanz des Zellleibes, dann den Kern selbst. Die Zelle wird rundlich, die Fortsätze werden undeutlich und verschwinden. Am 14. Tage (oft schon vorher, Ref.) erscheint der Zellleib fast homogen „wie bestäubt"; manche Zellen erscheinen ganz zerfallen und sind als solche nicht mehr zu erkennen.

4. Wenn man an einem Auge des Kaninchens die vier äusseren Muskeln, die vom Oculomotor'us versorgt werden, exstirpirt und nach 14 Tagen den Oculomotoriuskern von hinten nach vorn in eine Serie von Schnitten zerlegt, dann finden sich in dem distalen und mittleren Drittel des Centrums rechts und links von der Mittellinie eine grosse Menge von veränderten Zellen; sie sind jedoch viel zahlreicher in dem der operirten Seite gegenüberliegenden Kerngebiete. Im proximalen Drittel werden die degenerirten Zellen immer spärlicher; in den proximalen Schnitten sieht man sowohl rechts wie links nur mehr vollkommen normal gebildete und gefärbte Nervenzellen. — Danach scheinen beim Kaninchen die vom Oculomotorius versorgten 4 äusseren Augenmuskeln von den Nervenzellen des distalen und mittleren Drittels und zwar zumeist des gegenüberliegenden Kerngebietes abzuhängen, während die Ursprungszellen für die Nerven der Binnenmuskeln im proximalsten Antheile des Oculomotoriuskernes zu suchen wären.

(Dieser Befund Bernheimer's widerspricht so stark den eigenen Resultaten des Referenten, dass er nicht daran zweifelt, dass Bernheimer bei der definitiven Veröffentlichung hier wesentliche Abänderungen wird eintreten lassen. Ref besitzt, abgesehen von dem musc. levator palpebræ sup., von allen Augenmuskeln eine grössere Anzahl lückenloser. in ihren Resultaten sich deckenden Serien durch den Oculomotorius- und Trochlearis kern, die ihm für die Richtigkeit der eigenen Behauptungen bürgen.)

Bach.

---

496) **L. Bach:** Experimentelle Untersuchungen über die Localisation im Oculomotoriuskerngebiet, sowie über den Trochleariskern.

(Sitzungsberichte der Würzburger physiologisch-medicinischen Gesellschaft 1896, XIII. Sitzung, Juli, und Verhandlungen der deutschen Naturforschergesellschaft zu Frankfurt a. M., 1896.)

Bach ging in folgender Weise bei seinen an Kaninchen angestellten Versuchen vor: der eine oder andere vom Nervus oculomotorius versorgte Muskel, sowie der vom Nervus trochlearis versorgte Musculus obliquus superior wurden vollständig durchschnitten und der vor der Schnittfläche gelegene Theil entfernt, die Iris und der Ciliarkörper wurden vollständig herausgerissen. Verschieden lange Zeit nachher tödtete er das Thier und zerlegte den Oculomotorius- und Trochleariskern in Schnittserien.

Von der Nissl'schen Färbungsmethode ist B. im Laufe seiner Untersuchungen vollständig abgekommen und es beruhen die mitzutheilenden Resultate auf Färbung mit einer gesättigten Thioninlösung (Alcoholhärtung), des weiteren auf Färbung mit Toluidinblau (hiebei Sublimatfixirung). Diese Methoden haben vor der Nissl'schen manche Vortheile, besonders aber den Vorzug, dass man hiebei das Object in Paraffin einbetten kann, wodurch die Möglichkeit gegeben ist, ganz feine Serienschnitte anzulegen.

Die in Folgendem in Kürze mitgetheilten Ergebnisse sind basirt auf die genaue Durchsicht einer grösseren Anzahl übereinstimmender lückenloser Schnittserien des Oculomotoriuskerngebietes und des Trochleariskernes, auf die Untersuchung einer grösseren Anzahl normaler und veränderter (?) Ciliarganglien. Sie widersprechen vielfach der anfangs dieses Jahres erfolgten kurzen Mittheilung von Bernheimer (siehe dieses Centralblatt 1896, Referat) über dasselbe Thema. — Die Ergebnisse sind:

1. Durchschneidet man beim Kaninchen einen vom Oculomotorius versorgten, äusseren Augenmuskel vollständig, so treten nach einigen Tagen im Kerngebiet des Oculomotorius bestimmte Veränderungen der zugehörigen Ganglienzellen auf — Veränderungen, welche bei nicht operirten Thieren nicht zu beobachten sind. Diese Veränderungen sind gleich denen, welche von Nissl am Facialiskern nach Ausreissung dieses Nerven beschrieben sind, welche vom Verfasser bei den Ganglienzellen der Netzhaut nach Ablösung dieser Membran früher beobachtet und berichtet wurden.
2. Die in verschiedenem Grade auftretenden Veränderungen sind sehr deutlich bereits am 10. Tage zu beobachten, treten jedoch wahrscheinlich auch schon einige Tage früher in die Erscheinung. Bei Beginn solcher Untersuchungen möchte ich als den günstigsten Zeitpunkt zum Tödten eines Kaninchens, nach vorgenommener Muskeldurchschneidung, vorläufig den 10.—14. Tag bezeichnen.
3. Es empfiehlt sich nicht, wie Bernheimer angiebt, den Muskel auszureissen, da man hiebei zu ausgedehnte Veränderungen bekommen kann; die Durchschneidung und Exstirpation des peripheren Muskelstückes genügt und giebt constante Resultate.
4. Das Gehirn muss ganz frisch zur Fixirung kommen.
5. Räumt man die Orbita einer Seite vollständig aus, so bekommt man beiderseits im Oculomotoriuskerngebiet Veränderungen, welche auf der zugehörigen Seite stärker sind, als auf der gegenüberliegenden, welche gegen vorn sich mehr und mehr auf die zugehörige Seite beschränken.
6. Durchschneidet man den musculus rectus inferior, so treten Veränderungen in den Ganglienzellen derselben Seite auf und zwar sind am proximalen Ende des Kernes fast die Hälfte aller Zellen in der ganzen Breite des Kernes verändert, nach ungefähr 25 Schnitten fangen die degenerirten Zellen an spärlicher zu werden. Man beobachtet jedoch solche bis in einige Entfernung vom Trochleariskern. Diese mehr vereinzelten veränderten Zellen liegen lateral und unten.
7. Durchschneidet man den musculus rectus anterior (internus), so findet man Veränderungen, welche kurz vor dem Trochleariskern beginnen und in den distalen Kernpartien lateral unten liegen. Nach vorn nehmen die degenerirten Zellen zu, sowohl an Zahl als an räumlicher Ausdehnung, nur in den ganz dorsal gelegenen Partien sieht man keine Veränderungen. Im vordersten Drittel findet man sehr viele degenerirte Zellen, welche sich nicht scharf gegen die Zellen des muscul. rectus inferior abgrenzen lassen. — Es liegen demnach die zu den Nervenfasern des musc. rectus inferior und anterior gehörigen Ganglienzellen in der vorderen ventralen Kernabtheilung.
8. Nach Durchschneidung des musc. obliquus inferior fand ich Veränderungen, die direct nach vorn vom Trochleariskern beginnen. In den Schnitten durch das distale Kerngebiet liegen die veränderten Zellen hauptsächlich unten, in solchen durch die mittleren Partien des Kernes in der Mitte, noch weiter nach vorn medial oben. Ungefähr in den letzten 40 Schnitten finden sich keine Veränderungen mehr.

9. Durchschneidet man den musc. rectus superior, so treffen wir die Veränderungen zum allergrössten Theil auf der entgegengesetzten Seite. Dieselben beginnen direct nach vorn vom Trochleariskern und liegen lateral oben. In den vordersten 65 Schnitten finden sich keine Veränderungen mehr.
10. Entfernt man die Iris und das Corpus ciliare, so treten im Oculomotoriuskerngebiet keine Veränderungen auf. Dahingegen finden sich wahrscheinlich Veränderungen im Ganglion ciliare.
11. Durchschneidet man den musc. obliquus superior, so treten beiderseits im Trochleariskerngebiet, doch viel ausgedehnter auf der entgegengesetzten Seite, Veränderungen auf. (Autoreferat.)

B. Physiologie.

497) Freiherr v. **Schrenck-Notzing:** Ein experimenteller und kritischer Beitrag zur Frage der suggestiven Hervorrufung circumscripter vasomotorischer Veränderungen auf der äusseren Haut.

(Zeitschrift für Hypnotismus, Psychotherapie etc., Band IV, Heft 4, 1896.)

Der Verfasser berichtet in obiger Arbeit über Versuche, auf suggestivem Wege gewisse Veränderungen umschriebener Hautpartien herbeizuführen, welche an einem 20jährigen, bei dem practischen Arzte Dr. Flach in Aschaffenburg bediensteten Mädchen zum Theil an letzterem Orte, zum Theil in München angestellt wurden. Einem dieser Versuche wohnte Referent an. Die Versuchsperson ist leicht hypnotisirbar, bietet jedoch keine Erscheinungen von Hysterie dar; ihre Haut weist eine gesteigerte vasomotorische Erregbarkeit auf; auf verhältnissmässig schwache Reizung (Berührung, leichter Druck mit dem Finger etc.) tritt nach wenigen Secunden Röthung der berührten Theile ein. Bei dem ersten Versuche, welchen Dr. Flach in Gemeinschaft mit Dr. Offner (Gymnasiallehrer) vornahm, gelang es, mit einem kalten Schlüssel, der angeblich glühend gemacht worden war, durch Berührung am Halse das Erscheinen eines strichförmigen Erythems an der berührten Stelle am nächsten Tage zu bewirken; das Erythem blieb 3 Wochen sichtbar. v. Schrenck-Notzing glaubt, dass die in Frage stehende Hautveränderung sich aus der angioneurotischen Reizbarkeit der Haut erklärt und eine Suggestivwirkung hiebei nicht nöthig war. In einem zweiten Versuche (Dr. Flach und Herr Parish) wurde in der Hypnose die Bildung einer Blase bis zum nächsten Morgen suggerirt und die gewählte Stelle am linken Arme mit einer Gazebinde bedeckt. Am anderen Morgen fand sich an der betreffenden Stelle eine markstückgrosse, wasserhelle Blase. In folgendem Versuche (Parish, Dr. Flach und Dr. Offner) wurden der Person zwei Wattebausche in der Entfernung von 2½ cm am linken Unterarm angelegt und ihr suggerirt, dass die dazwischenliegende Stelle krank sei und desshalb mit dem Thermocauter gebrannt werden müsse. Das Thermocautergebläse wurde auch unter leichtem Drücken der Gummiblase in der Nähe der bezeichneten Stelle gehalten, die Haut jedoch nicht berührt; dabei wurde lebhafter Brandschmerz suggerirt und schliesslich ein complicirter Verband angelegt, um der Versuchsperson die Berührung der in Frage stehenden Hautstelle unmöglich zu machen. Der Verband war am nächsten Tage noch intact und nach der Entfernung desselben fand man zwischen den

Wattebauschen und zum Theil unter diese sich erstreckend eine geröthete Stelle mit zahlreichen Blasen von verschiedener Ausdehnung. Man liess nun zur Fortsetzung der Versuche die Somnambule nach München kommen.

Der erste Versuch hier wurde in Gegenwart der Herren Prof. Rüdinger, Klausner, Moritz, Dr. Müller, Höflmayer, Dr. v. Schrenck-Notzing, des Referenten und einer Anzahl anderer Collegen vorgenommen. Es wurde wieder eine Verbrennung mit einem glühenden Gegenstande suggerirt und zwar in der Mitte der Dorsalseite des rechten Armes. Ueber die betreffende Stelle wurde eine Art Gehäuse angebracht, das mit einem Fenster versehen war, um die Beobachtung der Hautstelle zu ermöglichen; das Gehäuse wurde von Prof. Klausner durch einen complicirten Verband befestigt. Auch die linke Hand wurde in einen Verband von Gaze mit Watte eingehüllt. Nach 24 Stunden fand man, obwohl die Person fortwährend unter Beobachtung von Aerzten sich befunden hatte, den Verband an der linken Hand derart gelockert dass mehrere Finger herausgestreckt werden konnten, auch den Verband am rechten Arme verschoben und gelockert, in einzelnen Theilen derselben Perforationsöffnungen, welche offenbar von einer Haarnadel herrührten; ob zufälliges Eindrücken oder absichtliches Einstechen derselben vorlag, musste unentschieden bleiben. Nach vollständiger Entfernung des Verbandes zeigte sich an der Volarseite des Unterarmes (nicht an der Dorsalseite, wie man suggerirt hatte) eine ovale 3 cm lange und 2 cm breite Stelle mit leicht geröthetem Rande, deren innere Partien weisslich, wie leicht verschörft, aussahen; die Veränderung der Haut erinnerte an eine Verbrennung ersten Grades. In der Gegend der Daumenwurzel fanden sich entsprechend den erwähnten Perforationsöffnungen mehrere geröthete Punkte. Da nach dem Urtheile der Mitbeobachter des Versuches derselbe nicht als entscheidend angesehen werden konnte — es lag die Möglichkeit vor, dass durch den Verband hindurch ein Druck auf die betreffende Hautstelle ausgeübt wurde — so wurde das Experiment mit der Modification wiederholt, dass nach dem Vorschlage des Verfassers von Prof. Klausner ein Gipsverband angelegt wurde, um die gewählte Hautpartie gegen mechanische Insulte sicher zu schützen. Als nach 24 Stunden der Gipsverband entfernt wurde, ergab die Besichtigung des Armes ein völlig negatives Resultat.

In der Epikrise weist der Verfasser darauf hin, dass die von Liébault, Beaunis und Bernheim mitgetheilten anscheinend gelungenen Versuche suggestiver Blasenerzeugung bei einer Hysterischen nicht unter genügenden Cautalen angestellt wurden und daher nicht als genügend beweiskräftig betrachtet werden können. Auch bezüglich der von Moll und v. Krafft-Ebing berichteten Experimente, in welchen Hervorrufung anatomischer Hautveränderungen auf suggestivem Wege anscheinend gelang, macht der Verfasser manche Bedenken geltend. Er schliesst seine interessanten Ausführungen mit der Bemerkung: „Die Behauptung sogenannter suggestiv erzeugter Vesication ist also bis jetzt keineswegs mit wissenschaftlicher Gründlichkeit erwiesen; sie gehört in das Gebiet jener Uebertreibungen, von denen leider die hypnotische Litteratur mehr heimgesucht ist, als andere Wissenszweige."

L. Löwenfeld.

---

498) Ernst Jendrassik (Budapest): Zur Lehre vom Muskeltonus.
(Neurol. Centralblatt 1896, Nr. 17.)

J. hat, ausgehend von ähnlichen Beobachtungen, wie sie Frenkel bei Tabes gemacht hat, eine Methode zur exacten Messung der Tonusgrösse ausgearbeitet, um den Zusammenhang zwischen dem Sehnenreflex und dem Muskeltonus zu bestimmen. Dieselben, auf zwei auf einander folgenden Momentaufnahmen (bei horizontaler Ruhelage und möglichst erhobenem Beine) beruhend, muss im Originale nachgelesen werden. J. hat mittelst dieser Methode 19 gesunde Menschen, 10 Fälle mit spastischen Lähmungen und 32 Fälle von Tabes untersucht. Das Resultat war:

Beugungswinkel	des Oberschenkels	des Unterschenkels
in normalem Zuständen	63,9 °	58,3 °
in spastischen „	49,8 °	56,5 °
bei der Tabes	80,4 °	63,4 °

Es zeigten sich jedoch in allen 3 Untersuchungsreihen grosse individuelle Schwankungen (bei einzelnen Gesunden so kleine Winkel, dass sie selbst bei ausgesprochen hypertonischen Zuständen übertroffen werden, bei anderen so grosse, welche kaum bei der Tabes überschritten werden). Man müsste also, um bei einem Patienten die Tonusverminderung zu bestimmen, den früheren Grad seines Muskeltonus kennen.

Im Allgemeinen scheint der Beugungswinkel des Oberschenkels bei Kindern und bei muskulösen Individuen kleiner, bei nicht muskulösen Erwachsenen grösser zu sein. Auch scheinen Tonus des Oberschenkels und des Quadriceps bai demselben Individuum sich nicht ganz gleich zu verhalten, wenn auch Sehnenreflex und Muskeltonus in gewissen Beziehungen zu stehen scheinen. Hoppe.

---

499) R. Russel: The influence of the cerebrum and cerebellum on eye movements.
(Ophth. Review, Vol, XIV, p. 247.)

Russel findet, dass in der Hirnrinde bei Hunden und Katzen die seitlichen Augenbewegungen am stärksten vertreten sind, danach kommen die Bewegungen nach oben, hierauf die nach unten. Wenn man den Rectus externus des einen und den Rectus internus des anderen Auges durchschneidet, so kommen bei Reizung der Grosshirnrinde nur Bewegungen nach oben, durchschneidet man nun weiter die Recti superiores, so kommen bei genannter Reizung Bewegungen nach unten zu Stande. Diese Centren wirken wahrscheinlich zunächst auf niedere Centren; erzeugt man nämlich bei Thieren, denen die einem Auge zugehörige Area entfernt worden ist, allgemeine Convulsionen, dann erfolgen keine Abweichungen der Augen. Abtragung einer Hälfte des Kleinhirns bewirkt Abweichung der Augen nach der entgegengesetzten Seite. Bei Hemiplegie nach Zerstörung einer Gehirnseite tritt die Lähmung der Extremitäten auf der entgegengesetzten Seite, die Abweichung der Augen nach der Seite der Verletzung zu auf. Bei Zerstörung einer Hälfte des Kleinhirns dagegen sind die Extremitäten derselben Seite afficirt, während die Augen nach der entgegengesetzten Seite abweichen. Nach Zerstörung des Pons tritt die Unmöglichkeit ein, die Augen von der Seite der gelähmten Glieder abzuwenden, nach einer Zer-

störung des Kleinhirns besteht die Unfähigkeit, die Augen nach der Seite der gelähmten Glieder zu richten. Bach.

500) **C. Eckhard:** Der auf Lichtreiz erfolgende Lidreflex.
(Centralblatt für Physiologie. IX, Nr. 10, S. 353.)

Eckhard weist nach, dass das durch Lichtreiz zu Stande kommende Blinzeln nicht auf einem durch Trigeminusreizung ausgelösten Reflexact beruht, wie dies von anderen Seiten behauptet wurde, sondern zu Stande kommt durch Opticusreizung. Das Blinzeln tritt nämlich nicht mehr auf, wenn der Opticus einer Seite mit Schonung des Trigeminus durchschnitten wird; es tritt jedoch auf, wenn man bei diesem Versuch den centralen Stumpf des Opticus reizt. Abtragung des Grosshirns hebt das Blinzeln nicht auf. Durchschneidet man den Tractus opticus centralwärts vom Chiasma, so erfolgt bei Beleuchtung des Auges der entgegengesetzten Seite kein Lidreflex mehr, wohl aber bei Beleuchtung des Auges derselben Seite Bei Beleuchtung des Auges der entgegengesetzten Seite erfolgt auch der Lidreflex auf dem Auge derselben Seite der Tractusverletzung. Wird der Tractus links nur theilweise durchschnitten und zwar der Faserzug zum Corpus geniculatum internum, so erfolgt der Lidreflex bei Beleuchtung des Auges derselben Seite, jedoch nicht bei Beleuchtung des Auges der anderen Seite. Bach.

501) **L. Steiner:** Ueber die Entwicklung der Sinnesphären, insbesondere der Sehsphäre auf der Grosshirnrinde des Neugeborenen. (Sitzungsbericht der kgl. preuss. Academie der Wissenschaften zu Berlin. XVI. Sitzung der physik. math. Klasse vom 21. Mai 1895.)

Am 9.—10. Lebenstage erfolgt bei Reizung der blossgelegten Sehsphärengegend einer Katze weder eine associirte Augen- noch eine Kopfbewegung, obwohl die Augenlider sich spontan geöffnet haben und die Reizung motorischer Sphären um diese Zeit bereits Erfolg hat. Bei der Sehsphäre erfolgte die Reaction erst vom 14. Tage ab. Beim Kaninchen tritt die Reizbarkeit mit dem 15. Tage, beim Hunde erst nach dem 26. Tage, beim Meerschweinchen, das gleich nach der Geburt schon Reaction zeigt, bei Reizung der motorischen Sphären am 5. Tage. Der Hund benimmt sich am 23. Tage noch wie ein Blinder, während sein Gehör- und Geruchssinn um diese Zeit schon gut entwickelt sind. Ein Hund von 34 Tagen sieht schon Gegenstände im centralen Theil des Gesichtsfeldes, nicht aber peripher im Gesichtsfeld gelegene, seine Sehsphäre ist immer noch nicht erregbar; dies ist erst am 40. Tage der Fall Beim Kinde entwickelt sich die Fahigkeit, einen Gegenstand zu fixiren, in der 5 Woche. Blickbewegungen zur Orientirung im Raume treten erst im 5. Monat auf. Darnach wäre anzunehmen, dass beim Kind auch die Reizbarkeit der Sehsphäre erst im 5. Monat auftritt. Bach.

502) **Th. Heller:** Studien zur Blindenpsychologie.
(Wundt's philosoph. Studien, XI, S. 226, 406 u. 531.)

Heller will der bisher von rein practischen Gesichtspunkten geleiteten Blindenpädagogik eine psychologische Grundlage geben. Er erörtert, dass

bei Blindgeborenen oder solchen, die im ersten Lebensjahre erblindet sind, der Tastsinn die einzige Quelle räumlicher Erkenntniss ist. Schalleindrücke erweitern erst dann die Grenzen der Raumvorstellung über die unmittelbare Tastwahrnehmung hinaus, wenn ihre durch den Tastsinn gewonnene Deutung genügend eingeübt ist. Beim Tasten mit der Hand unterscheidet Verf. das synthetische und das analysirende Tasten. Beim ersteren gelangt vor Allem der Raumsinn der Haut zur Anwendung, das analysirende Tasten dagegen beruht darauf, dass eine engbegrenzte Stelle successive mit den Conturen der Gegenstände in Berührung gebracht und dadurch die Vorstellung von den räumlichen Verhältnissen des betasteten Körpers gewonnen wird. Synthetisches und analysirendes Tasten zusammen bringen die Raumanschauung zu Stande.

Der Raumsinn der Blinden ist verfeinert. — Was das analysirende Tasten anlangt, nämlich die Tastbewegungen von Händen und Armen, so erfolgen sie bei Blinden mit grosser Schnelligkeit, sie sind zum Theil automatisch geworden. Die Tastbewegungen erfolgen stets in regelmässiger Anordnung und zwar in der Richtung, die dem Blinden am bequemsten ist. Die Entwicklung des Tastsinns beginnt mit dem synthetischen Tasten, später kommen nacheinander die verschiedenen Grade des analysirenden Tastens.

Es folgen weiter 2 Abschnitte, betitelt „Zur Geschichte der Blindenschrift“ und „Das Lesen der Blindenschrift“. — Schliesslich werden noch die Surrogatvorstellungen der Blinden besprochen, das sind die Vorstellungsbildungen für Worte des Sehenden, für die er in Folge Mangels des Gesichtssinnes keine adäquaten Vorstellungsinhaltes haben kann.

Bach.

---

503) **E. Raehlmann:** Ueber die Rückwirkung der Gesichtsempfindungen auf das physische und psychische Leben. Eine ophthalmologisch-psychologische Betrachtung nebst Erfahrungen an Schwachsichtigen und Blinden.

(Zeitschr. f. Psych. u. Physiol. der Sinnesorgane, VIII, S. 402.)

Nach eingehenden Bemerkungen über die Wichtigkeit des Gesichtssinnes für die Coordination der Bewegungen der Gliedmassen und die Bedeutung des Gesichtes für die Ausbildung aller Verstandesthätigkeit und aller geistigen Fähigkeit beschreibt Raehlmann einen sehr interessanten Fall.

Ein Mädchen von 19 Jahren wurde im 9. Jahre im Anschluss an Masern taub und blind. Bis zur Erkrankung der Augen hatte sie noch gesprochen, nachdem sie blind geworden war, hörte sie vollständig auf zu sprechen. 9 Jahre hatte sie kein Wort gesprochen, sie zeigte Schlafsucht, Theilnahmslosigkeit, Apathie, die Sensibilität war herabgesetzt. Als nun eine Cataractoperation vorgenommen wurde und Sehvermögen wiederkehrte, ging auch ihre Stupidität verloren, auch die Sprache kehrte wieder und die Sensibilität steigerte sich. (Bei diesem Referat kommt mir ein 6jähriges Kind in die Erinnerung, das bald nach der Geburt auf dem einen Auge vollständig erblindete, auf dem anderen Auge nur eine Sehschärfe von Fingerzählen in nächster Nähe hatte, trotzdem aber und zwar ohne jegliche

besondere Erziehung (es war das Kind ganz armer Leute, dia sich nicht viel mit ihm befassen konnten) ausserordentlich intelligent war und für sein Alter ein erstaunenswerthes Wissen besass. Ref.).

Bach.

---

504) **W. H. R. Rivers:** On mental fatigue and recovery.
(The Journal of mental science, 20. Juli.)

Verfasser berichtet in vorliegender Mittheilung, die aus der Heidelberger Kræpelin'schen Klinik stammt, über Versuche, die Zeit zu finden, die ein ermüdetes Gehirn zur Erholung braucht.

Die Anstrengung bestand in Addiren von aufgeschriebenen Zahlenreihen, je 5 Minuten wurden bemerkt und nach je einer halben Stunde wurden Erholungspausen gemacht, die in einer Versuchsserie je eine halbe Stunde, in einer anderen je eine Stunde dauerten.

Es ergab sich, dass selbst letztere grösseren Pausen kaum genügten, das ermüdete Gehirn wieder völlig sich erholen zu lassen.

Näheres soll in den Psychologischen Arbeiten von Kræpelin erscheinen.

Dr. A. Passow-Friedrichsberg.

C. Nervenheilkunde.

1. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

505) **K. Petrén:** Rückenmarksveränderungen bei perniciöser Anämie. (Bidrag till kännedomen om ryggmärgsförändringar vid perniciös anemi).
(Nordisk medic. Arkiv 1896, Nr. 7.)

Der Verfasser hat in 9 Fällen von perniciöser Anämie das Rückenmark untersucht. Die Resultate seiner Untersuchungen sammelt er in folgender Weise:

1. Bei perniciöser Anämie findet man gewöhnlich (constant?) im Rückenmark kleine Blutungen, aus welchen Sclerosen, welche ohne klinische Bedeutung sind, entstehen.
2. Die Gefässe zeigen sehr oft Verdickung und beginnende hyaline Degeneration, welche Veränderung keineswegs immer mit Degeneration der Nervenelemente verbunden ist.
3. In einigen — wie es scheint verhältnissmässig wenigen — Fällen von perniciöser Anämie erscheint eine wirkliche Rückenmarkskrankheit; ein zufälliges Zusammentreffen dieser mit der Anämie kann mit Sicherheit ausgeschlossen werden.
4. In diesen Fällen zeigt das Bild der Anämie selbst keine Abweichung von den Symptomen, welche sonst wahrgenommen werden, und man kennt keine Ursache, weshalb die Rückenmarkskrankheit nur in einigen Fällen von perniciöser Anämie auftritt. Unter diesen kommen die verschiedenen ätiologischen Formen von perniciöser Anämie vor.
5. Die Rückenmarkskrankheit tritt mit wechselnden Symptomen auf. Jedoch ist ein gewisser Typus in allen gemeinsam.

6. In anatomischer Beziehung zeigen die Veränderungen des Rückenmarks allerdings wahrnehmbare Ungleichheiten; diese lassen sich aber zum grossen Theil dadurch erklären, dass der Process sich in den verschiedenen Fällen auf ungleichem Entwicklungsstadium befindet. Aus der näheren Analyse der Fälle geht es nämlich hervor, dass die Degeneration nach einem ziemlich regelmässigen Typus verläuft.

   Erst werden die Goll'schen Stränge innerhalb des Halsmarks ergriffen. Der Process zeigt hier das Aussehen einer Systemläsion, hat absteigenden Verlauf, reicht aber nicht ganz bis zum Eintreten dieser Nervenfasern in das Rückenmark herab. — Nach einiger Zeit tritt die Degeneration innerhalb der Burdach'schen Stränge auf, wahrscheinlich in den mittleren Wurzelzonen beginnend, breitet sich oft beinahe über die ganzen Stränge aus, immer jedoch das Lissauer'sche Feld schonend, hat wahrscheinlich eben hier einen absteigenden Verlauf, zeigt gewöhnlich Ausbreitung in Herden, oft aber homogene Ausbreitung. Das Verhältniss der Gefässe spricht nicht für einen vasculären Process und die Ausbreitung der Degeneration schliesst nicht deren systematischen Character aus. — Etwas später als die Hinterstränge werden die Seitenstränge ergriffen. Die Läsion umfasst hier hauptsächlich die hinteren Theile innerhalb des Brustmarkes und oft innerhalb des Halsmarks, reicht mitunter in den vorgeschrittensten Fällen bis zu den vorderen Theilen der Stränge und ist in seiner Ausbreitung diffus.
7. Wahrscheinlich bilden diese Fälle von Rückenmarkserkrankung eben in neurologischer Beziehung eine besondere Gruppe.
8. Ohne Zweifel muss man als gemeinsame Ursache der Rückenmarkserkrankung, sowie der Anämie einen toxischen Zustand annehmen.
9. Die Veränderungen des Rückenmarks in diesen Fällen sind von ganz anderer Art als die bei Tuberkulose und Diabetes auftretenden: diese letzteren sind nämlich unzweifelhaft mit den von Minnich bei verschiedenen cachectischen Zuständen nachgewiesenen identisch, treten erst kurz vor dem Tode auf und sind ohne jede klinische Bedeutung.
10. Ebenso können die Veränderungen unzweifelhaft von der wenig ausgesprochenen und chronisch verlaufenden Degeneration bei Morbus Addisonii geschieden werden.

Die Abhandlung ist von lithographirten Tafeln begleitet.

Koch (Kopenhagen).

506) **H. Dexler:** Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der chronischen Compressionsmyelitis des Hundes.
(Arbeiten aus dem Institute für Anatomie und Physiologie des Centralnervensystems herausgegeben von Prof. Obersteiner. III. Heft, 1895.)

Wenngleich vom Hunde, bietet D.'s sorgfältige Arbeit doch des Interessanten genug, sowohl was die allgemeine Pathologie als auch die Beziehung zur menschlichen Neurologie angeht. D. berichtet über 21 Fälle von Compressionsmyelitis, theils durch primäre Erkrankung der Zwischenwirbelgelenke mit Exostosenbildung in den Rückenmarkskanal hinein, theils — in 10 Fällen — durch ossificirende Pachymeningitis verursacht.

Die reineren weil anatomisch schärfer begrenzten Fälle der ersteren Art erfahren natürlich auch eine genauere Bearbeitung. Die pathologisch-anatomische Kernfrage war zunächst die, ob die erhobenen Befunde einer Compressions-„Myelitis" angehörten oder nur als Folge eines mechanischen Verschlusses des Rückenmarkskanales anzusehen wären. D. fand nun folgende Veränderungen, soweit möglich chronologisch geordnet: Geringes Oedem, eine leichte „primäre", dem Untergange nervöser Elemente noch vorausgehende Hypertrophie der Glia, Schwellung und Homogenisirung der Axencylinder, Vacuolisirung der Ganglienzellen, Verdickung und Entartung der Gefässe u. s. f., bis schliesslich nach mehrmonatlicher Dauer der ganze Querschnitt in ein dichtes Netz von Gliafasern mit dicken Spinnenzellen, mit spärlichen sclerosirten Gefässen und spärlichen nervösen Elementen, verquollenen Axencylindern, verschmälerten Markscheiden und vacuolisirten Ganglienzellen, verwandelt war.

Rundzellen fanden sich in keinem Stadium reichlich, corpora amylacea niemals vor. Da diese Befunde weder mit denen bei chronischer Myelitis überein-, noch (initiale Gliawucherung!) zu der Annahme einfach mechanischer Druckwirkung stimmen, sieht sich D. (wie Erb und Gowers) zu der vermittelnden Annahme einer eigenen Compressionsdegeneration genöthigt. Von besonderen Befunden seien nur Höhlen erwähnt, die D. in 3 verschiedenen Arten beobachtete: 1. enorme Erweiterung perivasculärer Lymphscheiden, die stellenweise eine Art Etat criblé bildeten, in Folge von Lymphstauung; 2. zahlreichere kleinere Lücken im Gliagewebe, offenbar durch Resorption zerfallenen Nervengewebes entstanden, und 3. einzelne grössere Höhlen im Mark, meist unweit der Druckstelle von 0,3—1 mm Breite und mehreren mm Länge, die er, bei dem Mangel von Gewebsresten im Inneren, als Folge der Circulationsstauung auffasst.

Die zu beobachtenden secundären Degenerationen waren weit diffuser und, namentlich fern der Druckstelle, weit geringer als in menschlichen Fällen. Aufwärts bestand ausgeprägte Degeneration der Goll'schen und Kleinhirnseitenstränge bis zu den Hinterstrangkernen; abwärts nur bis zu 6 cm von der Druckstelle herab begrenzte Degeneration der Pyramidenseitenstränge, sonst nur eine geringere diffuse Degeneration des ganzen Querschnittes.

Auch klinisch zeigte der rückenmarkscomprimirte Hund wesentlich andere Erscheinungen als der betreffende Mensch. Die ersten Symptome waren immer Paresen des hinteren Körpertheiles mit folgender Atrophie, dann aber bildete sich ein spastischer Zustand aus mit so enormer Reflexerregbarkeit, dass leiseste Berührungen ausgebreitete Streckkrämpfe bewirkten, oft sogar tonische Krämpfe spontan eintraten. Erst nach mehrmonatlichem Bestande ging der spastische in einen paralytischen Zustand über mit Erschlaffung der Muskeln und Erlöschen der Reflexe. Der Tod erfolgte nur durch Druckbrand, nie durch oder unter Pyelocystitis.

Bezüglich der Sensibilität war in den meisten Fällen lange Zeit eine ausserordentliche Hyperalgesie der äusseren Haut bei völliger Unempfindlichkeit der tieferen Theile festzustellen. E. Trömner.

---

507) **A. Hoche**: Ueber secundäre Degeneration, speciell des Gowers'schen Bündels, nebst Bemerkungen über das Verhalten der Reflexe bei Compression des Rückenmarks.

(Arch. f. Psych.. Bd. 28. H. 2.)

H. hatte das Glück, zwei klinisch und anatomisch gleich wichtige Fälle von rasch verlaufender Compression des Rückenmarks beobachten und bearbeiten zu können.

Der erste Fall betrifft einen 49jährigen Bauer, der nach mehrwöchentlichen Prodromalsymptomen plötzlich eine Paraplegie beider Beine bekam mit Urinverhaltung und Parästhesien in den Beinen. Nach raschem Verfall starb er 40 Tage nach Einsetzen der Paraplegie. Bei der Section fand sich Caries des 5. Brustwirbels und über ihm tuberculöse Massen, die das Rückenmark in einer Ausdehnung von mehreren Centimetern und in geringem Grade comprimirt hatten. Der zweite Fall war eine traumatische Luxation des 7. Halswirbels mit Rückenmarkscompression und völliger motorischer und sensibler Lähmung, der 22 Tage nach dem Anfall starb.

Das klinisch Interessante beider Fälle war das Verhalten der Kniereflexe. Diese waren mit Eintritt völliger motorischer Lähmung erloschen, trotzdem der Reflexbogen im Lendenmark intact war; ja es scheint nicht einmal völlige Querläsion des Rückenmarks nöthig zu sein, da im ersten Falle auch nach Erlöschen der Reflexe noch ein Theil der Sensibilität erhalten war. Weitere Stützen für Bastian's Lehre vom Verhalten der Reflexe bei Rückenmarksquerläsionen. (Dass schon beim Hunde sich die Reflexe umgekehrt verhalten, geht u. a aus Dexler's oben beschriebener Arbeit hervor. Ref.)

Noch werthvoller war das anatomische Ergebniss beider Fälle, da sich die secundären Degenerationen — nach Marchi's Methode — in überraschender Deutlichkeit darstellten. Dicht unter- und oberhalb der Druckstelle war fast der ganze Querschnitt, wenn auch in ungleicher Vertheilung, von degenerirten Fasern bedeckt, dann aber begrenzten sich scharf folgende Degenerationszonen:

1. Absteigend: In den Seitensträngen die Pyramidenseitenstränge, neben diesen geringe Degenerationen in den Kleinhirnseiten- und den Gowers'schen Strängen und endlich an der Grenze der grauen Substanz zerstreute degenerirte Fasern, die keinem bestimmten System angehören und nach kurzem Verlaufe endigen (kurze Bahnen); vorn der den sulcus und den vorderen Rand begrenzende Theil der Vorderstränge; in den Hintersträngen 3 Streifen, ein schmaler Strich am hinteren Septum, und, schon 2 Segmente abwärts zu verfolgen, eine kommaförmige Figur am Aussenrande der Burdach'schen Stränge bis zur 3. Lumbalwurzelhöhe und endlich ein schmaler Streifen an der hinteren Peripherie, der immer mehr an das hintere Septum heranrückt, um erst im filum terminale als kleines Dreieck an der hinteren Incisur zu endigen.

Nach aufwärts degenerirten: 1. Kurze Bahnen über den ganzen Querschnitt zerstreut, 2. die sulco-marginale Vorderstrangpartie bis zur Pyramidenkreuzung, viel schwächer als nach abwärts degenerirt, 3. eine anfangs diffuse

und auch das centrale Feld beider Hinterstränge einnehmende, dann aber ganz auf den Goll'schen Strang sich zurückziehende Figur, 4. der Kleinhirnseitenstrang bis zu seinem Ende und 5. das Gowers'sche Bündel, das sich in der Höhe des oberen Olivenendes vom corp. restif. trennt, auf höheren Schnitten in den Winkel zwischen Facialis und corp. trapezoid. zu liegen kommt und sich endlich um den trigeminus herumschlingt, um durch das velum medullare ant. zum Kleinhirnwurm zu verlaufen. Der Verlauf des Gowers'schen Bündels ist hier zum ersten Male und zwar in klarer, einwandfreier Weise nachgewiesen. Es stellt sonach nur den ventralen Theil des Kleinhirnseitenstranges dar, den H. mit Edinger tractus cerebello-spinalis dorsalis und ventralis zu nennen vorschlägt. Betreffs weiterer Verfolgung und Deutung der einzelnen Degenerationszonen sei das Original angelegentlichst empfohlen. E. Trömner.

---

508) **Dufour:** Sur le groupement des fibres endogénes de la moelle dans les cordons postérieurs.

(Arch. de Neurol. 1896, II, Nr. 8.)

Die Arbeit beschäftigt sich im Anschluss an die anatomische Untersuchung des Rückenmarkes eines Falles von Compression der Cauda equina mit der Frage nach dem Verlauf der hinteren Wurzeln und der (von Strangzellen ausgehenden) endogenen Fasern innerhalb der Hinterstränge. Sie kommt zu dem Schluss, dass die Existenz von innerhalb der Hinterstränge caudalwärts ziehenden Wurzelfasern beim Erwachsenen noch nicht völlig sicher bewiesen ist, dass aber andererseits, auch wenn sie wirklich vorhanden sind, trotzdem sehr wohl endogene, absteigend degenerirende Fasern in den Hintersträngen verlaufen und nachgewiesen werden können. Unter diesen absteigenden, endogenen Fasern der Hinterstränge kann man zwei verschiedene Systeme unterscheiden: das eine mit nur kurzem Verlauf liegt mehr centralwärts, berührt die Peripherie nie und liegt je nach den verschiednnen Höhen im Rückenmark (von unten nach oben gerechnet) entweder mehr in der Nähe des sulcus posterior, der hinteren Commissur oder der Hinterhörner; noch weiter cerebralwärts liegt es im Gebiet der kommaförmig degenerirenden Bündel Schultze's. Das andere System nimmt einen längeren Verlauf; es liegt weiter nach hinten und mehr peripher und nimmt im Lendenmark das ovale Feld Flechsig's ein. — Eine Reihe zum Theil schematischer Figuren verdeutlichen genauer die Topographie der geschilderten Systeme. Falkenberg.

---

509) **E. Redlich:** Zur Pathologie der multiplen Sclerose des Nervensystems.

(Arbeiten aus dem Institute des Prof. Obersteiner, 1896, IV. Heft.)

Die Untersuchungen des Verfassers basiren auf einem Material von mehr als 20 Fällen. Er unterscheidet chronisch progressiv verlaufende und acute resp. exarcerbirende Formen. Bei den ersteren findet er in der weissen Substanz drei Typen von Veränderungen, die aber in einander übergehen. Der erste Typus wird repräsentirt durch dicke Herde, die aus feinen parallelen Fibrilien und ein-, seltner mehrkernigen Gliazellen bestehen; ausserdem enthalten sie mehr oder minder stark veränderte Nervenfasern, Verschmälerung oder gänzliches Verschwinden der Markscheide, während dre

Axencylinder normal bleibt, oft aber doch auch geschwellt oder verschmälert ist. — Einen zweiten Typus stellen die Herde dar, die als die frischer erkrankten anzusehen sind und sich demgemäss oft in der Peripherie der ersten, bisweilen aber auch selbstständig finden: in einem grobmaschigen Balkenwerk, in dem sich Gliazellen mit ihren Fortsätzen befinden, sehen wir normale Nervenfasern liegen. — Bei diesen beiden Arten von Herden sind auch die Gefässe oft alterirt, sowohl die grösseren in allen ihren drei Häuten, als die kleineren; um sie herum kommt es häufig zu einer perivasculären Sclerose. Die Gefässveränderungen sitzen aber durchaus nicht immer in der Mitte der Herde und sind auch nicht constant. Demgemäss können die Gefässveränderungen auch nicht als das primäre aufgefasst werden. — In einer dritten Gruppe von Herden findet sich ein weitmaschiges Netzwerk aus Gliabalken und -Zellen, die Maschen des Netzwerks sind leer, die Nervenfasern gänzlich zu Grunde gegangen, so dass das Ganze ein „aræolirtes" Aussehen darbietet. Der hier vorliegende Process scheint ein wesentlich anderer zu sein, wie der bei den ersten Typen, und in einem raschen Zerfall der Nervenfasern zu bestehen. — In der grauen Substanz ist das Verhalten der Herde ein wechselndes, mitunter findet sich eine deutliche Sclerose mit Zugrundegehen der Markscheiden, mitunter aber, namentlich im Centrum der spongiösen Substanz eine Auflockerung des Gewebes. Die Ganglienzellen bleiben oft lange erhalten, erleiden aber nicht selten Veränderungen, u. A. eine „körnige" Degeneration.

Bei mehr subacutem Verlauf findet R. namentlich mit der Marchie Methode Zeichen eines acuten Zerfalls der Nervenfasern — schwarz gefärbt Markschollen und Fettkörnchenzellen. Hier sind dann die Gefässe stets verändert, mit Blut gefüllt, die Wandungen zellig infiltrirt; nur zwei Mal aber kam es zu einer Thrombose.

In der Medulla oblongata (namentlich in ihrem dorsalen und proximalen Theil) im Pons finden sich häufig zahlreiche Herde, ebenso um den dritten Ventrikel; aber auch die Hirnrinde bleibt nicht verschont, ebenso finden sich Veränderungen im N. opticus und olfactorius und in den vorderen und hinteren Wurzeln, dagegen nie in den peripherischen Nerven, so dass das Vorhandensein von gliösen Elementen nothwendig für das Zustandekommen der Sclerose zu sein scheint.

Völlig characteristisch ist kein Merkmal für die sclerotischen Herde. Von wesentlicher Bedeutung ist aber jedenfalls das Persistiren des Axencylinders und das Auftreten des fibrillären Gewebes in den chronischen Fällen. Was das Wesen des Processes angeht, so möchte R., da keine sicheren Symptome einer Entzündung vorliegen, von der Annahme einer solchen absehen und den Process als chronische Degeneration des Nervensystems auffassen, und zwar meint er, dass das Nervengewebe primär erkranke, eine Ansicht, in der ihn die Aetiologie der Krankheit bestärkt. Bezüglich dieser betont R., dass die Krankheit auch im höheren Alter vorkommt, dass Heredität und Lues keine Rolle spielen; sicher von Bedeutung sind vorausgegangene Infectionskrankheiten — dabei wird ein sehr interessanter Fall erwähnt, wo nach einer Infectionskrankheit zunächst polyneuritische Erscheinungen auftraten und später sich daraus das evidente Bild der

multiplen Sclerose entwickelte — von ähnlichem Einfluss sind Intoxicationen (Oppenheim) und andere Momente (Erkältungen, Traumen, Affecte).

Cassirer-Berlin.

---

510) **Bourneville:** Sclérose cérébrale hypertrophique ou tubéreuse compliquée de méningite.

(Le progrès médical 1896, 9.)

Vater und Mutter der Kranken waren syphilitisch. Der Vater starb an Paralyse. Vom 3. Lebensmonat an bot das Kind Zeichen der Idiotie dar. Im 8. Monat traten Convulsionen auf, die bis zum 3. Lebensjahre persistirten; später traten an deren Stelle Schreianfälle, Zähneknirschen etc. Als das Kind im 10. Jahre an progressiver Cachexie zu Grunde ging, bestand complete Idiotie.

Es fanden sich bei der Autopsie ausgedehnte meningo-encephalitische Läsionen, besonders an den Innenflächen der Hemisphären; ausserdem aber zahlreiche, unregelmässig gestaltete, über die ganze Hirnoberfläche vertheilte sclerotische Herde (13 auf der convexen Fläche, 1 auf der inneren der rechten Hemisphäre, 7 auf der convexen und 2 auf der inneren Fläche der linken Hemisphäre). Dieselben erwiesen sich auf dem Durchschnitte von fester Consistenz, nahmen das Niveau der grauen Rinde ein und zeigten sich auf der Oberfläche fast knorpelhart. Sie hoben sich deutlich durch ihre weissliche Färbung von der Rinde ab und bildeten die einzigen Stellen, an denen meningitische Veränderungen fehlten. Microscopisch constatirte der Verfasser in den sclerotischen Herden völliges Fehlen zelliger Elemente, ein sehr dichtes Netz der Neurogliafaserung und reichliche Kernbildung.

Lehmann (Werneck).

---

511) **James R. Hunt** (New-York): A contribution to the pathology of paralysis agitans.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1896. Nr. 3, S. 184.)

Typischer Fall von Paralysis agitans, der sich bei einer bis dahin ganz gesunden, erblich nicht belasteten Person im Anschluss an schwere Nervenaufregungen im Alter von 66 Jahren entwickelt hatte und nach 9jährigem Bestehen mit dem Tode endigte.

Die Section vermochte am Centralnervensystem nichts weiter festzustellen, als eine excessive Pigmentation der Ganglienzellen in den Hinterhörnern (am ausgeprägtesten in der Hals- und Lendenanschwellung), eine Sclerose der Blutgefässe (besonders in den Hintersträngen) und Zunahme der perivasculären Neuroglia.

Im Anschluss an diese Beobachtung giebt H. eine Zusammenstellung der ihm aus der Litteratur der neueren Zeit (seit Charcot's und Anderer Feststellung des Begriffs „Schüttellähmung") bekannt gewordenen Fälle, die zur Section gekommen waren. In allen diesen (14) Fällen bestanden die Veränderungen in einer Pigmentdegeneration der Ganglienzellen, Verdickung der Blutgefässe mit Neurogliasclerosis, am meisten in den Goll-schen Strängen und nach Dana in den lateralen Strängen ausgeprägt, in zahlreichen Amyloidkörpern und anderen Veränderungen in und um den Ependymkanal. Verf. erinnert aber gleichzeitig daran, dass man die

gleichen Erscheinungen an dem Rückenmark alter Leute, die keine Symptome der Paralysis agitans bei Lebzeiten dargeboten hatten, beobachtet habe, und sieht sich daher zu der Behauptung veranlasst, dass man bisher an dem Nervensystem keine Befunde zu verzeichnen hat, die für die Schüttellähmung verantwortlich zu machen wären. Buschan.

2. Symptomatologie und Diagnostik.

512) **Hermann Gessler** (Stuttgart): Ein Fall von Gehirntumor, wahrscheinlich traumatischen Ursprungs. (Vortrag am 7. Mai 1896.) (Württ. med. Corr.-Bl. 1896.)

Der Tumor, ein apfelgrosses Spindelzellensarcom der linken Convexität, erstreckte sich von der Fissura Rolandi, entlang der Longitudinalfurche, 6 cm nach vorn, 6 cm in die Breite, 4 cm in die Tiefe. Er war bei Lebzeiten nicht diagnosticirt worden, fand sich vielmehr zur grössten Ueberraschung des Verfassers bei der Section. Da der Fall nach 2 Richtungen hin von Interesse ist, will ich ihn etwas näher besprechen.

Ein bis dahin ganz gesunder 47jähriger Maurermeister stürzte am 29. October 1895 in ein Loch, verlor das Bewusstsein, musste nach Hause getragen werden, „wo sich Krampfanfälle des rechten Armes und Beines und eine spastische Parese der rechten Körperhälfte innerhalb 8 Tagen entwickelten". Es kommt sehr auf diese unmittelbar nach dem Trauma zu Tage tretenden Gehirnerscheinungen an; Verf. hebt diesen Umstand noch zweimal hervor. Am 12. Februar 1896, also $3^1/_2$ Monate nach dem Unfall, erfolgt die Aufnahme ins Spital, wo im Wesentlichen derselbe Befund aufgenommen wird: „Am Schädel keine Abnormität, auf Beklopfen nirgends Schmerzhaftigkeit — keine Stauungspapille — Intelligenz nicht alterirt — Sprache deutlich, etwas zögernd — hier und da Klagen über Kopfschmerz und Schwindel, kein deutliches Druckgefühl im Schädelinnern — Sensibilität des rechten Arms und Beins für alle Qualitäten herabgesetzt — Reflexe gesteigert — die rechte obere und untere Extremität ist paretisch mit spastischer Contractur der Beugemuskeln — Puls beschleunigt." Weiter werden beobachtet anfallsweise auftretende Krämpfe der gelähmten Extremitäten, dieselben, die schon in den ersten 8 Tagen nach dem Unfalle vom Hausarzte constatirt worden sind. Die letzteren lassen zwar an einen Tumor der linken Grosshirnhemisphäre mit Localisation in der Gegend der Rolando'schen Furche denken, doch muss diese Diagnose mit Rücksicht auf den p l ö t z l i c h e n B e g i n n der Affection und das Fehlen aller Vorboten fallen gelassen und vielmehr die auf einen apoplectischen Insult gestellt werden, dessen Sitz entweder in dem hinteren Schenkel der inneren Kapsel oder in der rechten Hälfte des Halsmarks zu suchen ist. Der Kranke starb $2^1/_2$ Monate nach Aufnahme ins Spital an Herz- und Nierenerkrankung, ohne dass in den Gehirnsymptomen eine Aenderung eingetreten wäre. Die Section ergab das oben schon angegebene überraschende Resultat. — Dem Verfasser ist darin beizustimmen, dass die falsche Diagnose vollauf zu entschuldigen ist; bei richtiger Würdigung der Anamnese und der Symptome intra vitam konnte nur ein apoplectischer Insult vorausgesetzt werden. Nicht beistimmen kann ich aber dem Verfasser, und darin liegt das eine Interesse des Falles, wenn er die Hirngeschwulst ursächlich auf das Trauma zurückführt. Die Frage über

die traumatische Ursache der Hirntumoren hat noch immer eine grosse Bedeutung. Verf. argumentirt folgendermassen: Bei der Section fand sich im linken Abschnitt des Schädeldaches, in der Mitte der Innenfläche neben der Sagittallinie ein flaches hügelartiges, etwa 5 Markstück breites Osteophyt; an dieser Stelle ist die Dura adhärent, stark gespannt und sehr blutreich. Ist da nicht die Annahme gerechtfertigt, so fragt der Verfasser, dass in Folge des Traumas eine partielle Infraction mit Vorwölbung der Tabula vitrea in die Gehirnmasse zu Stande kam, welche zum Ausgangspunkte der Osteophytenbildung und des Tumors wurde? Diese Frage muss ich verneinen. Eine Infraction der Tab. vitrea setzt einen Sturz auf den Kopf voraus; ein solcher ist aber nicht nachgewiesen, die Bewusstlosigkeit als solche ist dafür durchaus kein Beweis. In der Anamnese über die Zeit des Unfalles und den Krankheitsbeginn ist von Abnormitäten am Schädel nichts erwähnt und es darf wohl mit Recht vorausgesetzt werden, dass bei der vorhandenen Bewusstlosigkeit der behandelnde Arzt gewiss auf ein Schädeltrauma gefahndet hat und eine Infraction gefunden haben würde. Auch darf bei einem derartigen Casus eine äussere Verletzung vorausgesetzt werden. Ferner, bei der Spitalsuntersuchung durch Verfasser wird ausdrücklich constatirt: am Schädel keinerlei Abnormität, auf Beklopfen nirgends Schmerzhaftigkeit. Ich meine auch, $3^1/_2$ Monate nach der Entstehung der Infraction würde ein Beklopfen der in der Vernarbung begriffenen Stelle noch Schmerzen verursacht haben. Ferner, in der Umgebung der Osteophytenbildung und auch am äusseren Schädeldach sind allerdings keine Zeichen einer Fractur nachzuweisen gewesen, Verf. meint aber, dass das auch nicht nöthig sei, da die Osteophytenbildung eine sehr grosse Ausdehnung zeigte, und sehr leicht eben durch diese Ausdehnung der Knochenwucherung im Laufe eines halben Jahres alle Zeichen einer Fractur verwischt worden sein könnten; auch das ganze Aussehen und die Natur des Tumors dürfte dafür sprechen, dass sich derselbe im Laufe eines halben Jahres entwickelt hat Ueber die Verwischung der Fractur bin ich der Meinung, dass eine solche für die Stelle der Osteophytenbildung, im Innern, vielleicht zugegeben werden kann, für die äussere Schädelfläche aber unter keinen Umständen, dort würde die Infraction noch nach Jahren nachweisbar geblieben sein. Die Berechnung der Entwicklung des Osteophyt und des Tumors „im Laufe eines halben Jahres“ ist in Bezug auf die Symptome irrig. Es ist ausdrücklich festgelegt, dass „innerhalb 8 Tagen“ nach dem Unfall sich die vollen Symptome entwickelt haben und die Krankheitsgeschichte ergiebt, dass im Verlaufe des noch kommenden halben Jahres bis zum Tode des Patienten auch nicht ein einziges weiteres cerebrales Krankheits-Symptom hinzugekommen ist. Wenn der cerebrale Symptomencomplex auf den bei der Section gefundenen Tumor ursächlich bezogen werden und wenn dieser Tumor durch das Trauma im ursächlichen Zusammenhang mit einem Osteophyt sich entwickelt haben soll, dann ist es absolut nöthig, dass Osteophyt und Tumor sich „innerhalb 8 Tagen“ nach dem Trauma ausgebildet haben. Nun, ich glaube auf keinen Widerspruch zu stossen, wenn ich behaupte, dass das ebenso wohl für ein „fünfmarkstückbreites Osteophyt“ wie für einen „apfelgrossen Tumor“ durchaus unmöglich ist. Die Erklärung des Verfassers über die traumatische Entstehung des Tumors im Gehirn

ist deshalb nach meiner Ansicht unhaltbar; alles spricht vielmehr dafür, dass in diesem Falle der Hirntumor schon lange vor dem Unfall bestanden, sich latent entwickelt hat und dass erst durch den Sturz seine Einwirkung auf die später alterirten Centren und Leitungsbahnen manifest geworden ist. Verfasser taxirt selbst das Alter des Tumors nach seinem Aussehen und nach seiner Natur auf ein halbes Jahr. Diese vielleicht etwas zu eingehenden kritischen Ausführungen habe ich mir gestatten zu müssen geglaubt, um die eventuelle Verwerthung dieses Falles für die ohnehin schwankende Lehre von dem traumatischen Ursprung der Hirntumoren zu verhüten.

Das zweite, mehr sociale Interesse, das der Fall bietet, liegt in dem Verhältniss des Kranken zur staatlichen Unfallversicherung. Verf. sagt: „Ist der Tumor eine directe Folge des Unfalles, so ist die Unfallversicherung verpflichtet, der Wittwe des Patienten, die in den dürftigsten Verhältnissen lebt, eine lebenslängliche Rente zu gewähren. Hat derselbe schon vor dem Unfall bestanden, so kann alle und jede Ersatzpflicht abgelehnt werden." Welche Stellung Verfasser einnimmt und wie er diese Fragen entscheidet, ist schon oben mitgetheilt, er kommt auch zu dem Schluss, dass die Unfallversicherung zur lebenslänglichen Entschädigung der Wittwe des Patienten verpflichtet sei. Er ist also der Meinung, dass der Tod durch den Tumor veranlasst worden ist. Ich kann mich dieser Ansicht ganz und gar nicht anschliessen, ja, ich halte diese ganze Fragestellung für unberechtigt Die Frage nach Entstehung und Alter des Tumors ist erst in zweiter Linie zu beantworten; vorher ist doch festzustellen, ob der Kranke überhaupt in Folge des Tumors resp. seiner Wirkung verstorben ist. Und da muss auf Grund der vom Verfasser mitgetheilten Krankheitsgeschichte mit aller Entschiedenheit betont werden, dass der Tod einzig und allein in Folge von Herz- und Nierenaffection erfolgt ist, und zwar wohl unmittelbar durch eine fibrinöse Pericarditis, und keineswegs durch die cerebrale Affection. Die letztere bot sogar in der letzten Lebenszeit bessere Symptome dar, es wird ausdrücklich gesagt: das Bewusstsein ist in der ganzen Zeit stets klar geblieben, Krämpfe haben sich nicht mehr eingestellt und sind auch bis zum Ende ausgeblieben. Die Leichendiagnose, die abgesehen von dem Hirntumor, eine Bestätigung der Diagnose intra vitam ist, lautete: Pericarditis fibrinosa exudativa, Myodegeneratio cordis, Phtisis obsoleta apicis utriusque pulmonis, Oedema pulmonum, Induratio lienis et renum, Atrophia indurata hepatis, Hydrops universalis.

Nach dieser Lage der Dinge bin ich der Meinung, dass die Unfallversicherung wegen des Todes des Patienten nicht rentenpflichtig gewesen wäre. Dass sie zahlungspflichtig war für die Zeit der durch die cerebrale Erkrankung bedingten Arbeitsunfähigkeit ist selbstverständlich Dafür kommt aber die Tumorfrage gar nicht in Betracht. Das ergiebt sich daraus, dass ohne Section, also ohne Kenntniss des Tumors, die Diagnose auf apoplectischen Insult gestellt worden und die sociale Situation genau dieselbe gewesen wäre.

Verf. steht bei der gesammten Beurtheilung des Falles, sowohl in medicinischer wie in socialer Beziehung zu sehr unter dem Eindruck des unverhofften Sectionsresultats, des Tumors, und kommt dadurch zu einer nach beiden Richtungen hin unhaltbaren Auffassung.

Erlenmeyer.

513) **A. S. Tauber:** Klinischer Verlauf von Hirngeschwulst und Hirnabscess. (Klinitscheskoje tetschenije mosgowoi opucholy i idiopatischeskawo gnoinika w mosgu.)

(Kowalewskij's Archiv 1896, XXVII, S. 16—44.)

Der Warschauer Chirurg T. hat im Einvernehmen mit dem Neurologen Stscherbak einen Mann operirt, bei dem nach einem einige Monate vorher erhaltenen Schlage auf das linke Parietalbein Rindenepilepsie, Hirndruck, rechtsseitige Hemiopie und andere auf Hirntumor deutende Erscheinungen aufgetreten waren. Die Trepanation führte zur Auslöffelung einer pigmentirten Rindenpartie, 2 Monate darauf erfolgte der Tod; es fand sich $1^1/_2$ cm unter der operirten Stelle ein 40 cbcm Eiter enthaltender Abscess. Ohr und Nase fanden sich bei genauer Untersuchung frei.

T. nimmt einen idiopathischen Abscess an und erläutert, in Anlehnung an Allen Starr, die Schwierigkeit einer Differentialdiagnose zwischen Abscess und Tumor; die explorative Trepanation bezeichnet er als ebenso zulässig, wie die explorative Laparotomie.

Man vermisst Angaben über den Befund an dem excidirten an einer Stelle der Arbeit als Geschwulst bezeichneten Stücke Rindensubstanz.

Kurella.

---

514) **J. Rotgans** (Amsterdam); Otitischer Kleinhirnabscess. (Een geval van abscessus cerebelli bij otitis media.)

(Weekblad 1895, 23. November.)

515) **J. Wertheim-Salomonsen:** Zur Diagnostik der Kleinhirnleiden. (Bijdrage tot de diagnostiek der Kleinhersenaandœningen.)

(Ibidem.)

Beide Autoren erörtern denselben Fall, R. als Chirurg, W.-S. als Neurologe. Ein nachahmenswerthes Verfahren. Es handelt sich um einen otitischen Abscess der linken Kleinhirnhemisphäre, der 50—60 cbcm Eiter enthielt, welcher Inhalt von einer nicht geringen Schicht tief veränderter Marksubstanz umgeben war. Der Kranke genas innerhalb 6 Monaten nach der Operation, behielt aber nach derselben natürlich einen erheblichen Defect der linken Kleinhirnhemisphäre, der wohl die Hauptmasse derselben betraf. Salomonsen vergleicht nun den Zustand des Kranken nach der Operation mit den Schilderungen, welche Luciani von dem Verhalten solcher Thiere giebt, denen eine Kleinhirnhemisphäre entfernt war. Er constatirt die völlige Uebereinstimmung beider Zustände, in seinem Falle die Ataxie, Asthenie, Atonie der linken Körperhälfte, den Tremor bei länger dauernden Innervationen, das Wackeln des Kopfes. Daneben bestand etwas verwaschene Sprache, und, trotz der Atonie der Muskeln links, gleichseitige bedeutende Erhöhung der tiefen Reflexe. Bemerkenswerth war ferner die linksseitige Hypothermie und Cyanose, welche S. auf eine Atonie der Arterien bezieht. Ref. möchte doch als Grund davon eher eine Arteriencontraction annehmen, zumal auch zwischen dem Tonus der willkürlichen und dem der glatten Muskulatur in der Regel ein Antagonismus besteht.

In interessanten Ausführungen sucht S. die motorischen Störungen auf zwei elementare, Astasie und Asthenie, zurückzuführen. — Binnen 8 Monaten war, ganz entsprechend den experimentellen Befunden Luciani's, eine fast völlige Compensation der cerebellären Ausfallerscheinungen erreicht.

Kurella.

516) Gilles de la Tourette et **Bolognesi**: Contribution à la nature hystérique de la tétanie des femmes enceintes.

(Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 8. année, Nr. 5.)

517) J. Blazicek: Pseudotetanie, vorgetäuscht durch Hysterie. (Aus der III. medicinischen Klinik des Herrn Prof. v. Schrötter.)

(Wien. klin. Wochenschr. Nr. 19, 1896.)

Zu den in Deutschland herrschenden Anschauungen über Entstehung und Wesen der idiopathischen Tetanie steht die Arbeit der französischen Autoren in interessantem Gegensatz. — Sie behaupten: die Hysterie erzeuge einen grossen Theil der essentiellen Tetaniefälle und solche können, besonders unter Kindern, epidemisch auftreten Die historische Rechtfertigung dieser Ansicht wird in einem längeren Excurse versucht. Darnach deutete schon 1831 Dance, der zuerst die Tetanie ausreichend beschrieb, deren Beziehungen zur Hysterie an. In den Jahren 1881—88 betonte Raymond wiederholt den hysterischen Ursprung vieler Tetanien, welch' letztere er nur als Syndrom ansieht. Aehnlich auch Letulle wie Zaldivar, für den es geradezu nur eine Intoxications- und eine hysterische (essentielle) Tetanie giebt. In den letzten 10 Jahren wäre unter Charcot in der Salpêtrière fast kein einziger Fall von Tetanie ohne Hysterie zur Beobachtung gekommen. Allerdings sei die Krankheit in Paris gegenüber Wien und Berlin sehr selten. Ihr Hauptsymptom, das Trousseau'sche Phänomen, könne man als identisch ansehen mit den hysterogenen Zonen bei der Charcot'schen „diathèse de contracture". — Dazu trügen 2 Epidemien von Tetanie: in Gentilly (berichtet von Jules Simon und Mattraits) und in Gross-Tinz bei Liegnitz (berichtet von Hirt) ausgesprochen hysterischen Character. Dann folgt die ausführliche Beschreibung eines Falles von Schwangerschaftstetanie: Patientin, erblich belastet, von Jugend auf nervös, bekam mit 13 Jahren mit den menses „tetanische Krisen". — Wiederkehr derselben im 5. Monat der 2. Gravidität, dann in jeder folgenden Schwangerschaft (5 Geburten, 4 Aborte). — Status: Schlaflosigkeit, Träume, Globus, Meteorismus, Ageusie, hysterogene Zonen, Fehlen des Pharynxreflexes, concentrische Gesichtsfeldeinschränkung auf 30°, verminderte Schmerz- und Temperaturempfindung, Hyperalgesie während der Anfälle. Letztere mit aura (Ohrensausen) verknüpft, werden durch psychische Erregungen ausgelöst; Arme leicht gebeugt oder gestreckt, Hände in Geburtshelferstellung oder geballt; Unterschenkel gebeugt, pes equino-varus; Polyurie. — Heilung durch Suggestion.

Bei dem Fehlen sonstiger Angaben, über electrische und mechanische Nervenerregbarkeit etc lässt sich über die Zugehörigkeit der geschilderten Anfälle zur Tetanie mindestens kein sicheres Urtheil gewinnen. Sieht man aber davon ab, so lässt sich der Fall trotz der gleichzeitig bestehenden zweifellosen Hysterie zwanglos den zahlreich beschriebenen Tetanien der Schwangeren und Stillenden anreihen, deren scharf characterisirter Symptomencomplex einem Aufgehen im Bilde der Hysterie durchaus widerstrebt, vielmehr in Deutschland immer zuversichtlicher als Intoxicationsneurose gedeutet wird. —

Nach welchen Kriterien eine Tetanie als hysterischen Ursprungs angesprochen werden kann, zeigt die Arbeit von Blazicek. 14jähriger Realschüler, belastet, immer sehr nervös, empfand vor 5 Wochen plötzlich beim

Schreiben Ameisenlaufen in der rechten Hand, nachher krampfhaftes Zusammenziehen, heftige Schmerzen; am nächsten Tage dasselbe, am dritten in beiden Händen, nach 2 Wochen auch in den Beinen; stets ohne Bewusstseinsstörung. Angeblich einmal Nachts Krämpfe mit Schaum vor dem Munde; Patient erzählt aber genau die Vorgänge während seiner angeblichen Bewusstlosigkeit. —

Bei Druck auf einen Arm tritt Krampf in beiden Händen auf, ebenso in beiden Beinen bei Druck in einer Kniekehle. — Ferner fällt auf: Daumen eingeschlagen, Hände gestreckt, keine Pronation, Streckung im Knie. Hebung des Anfalls durch Empordrücken des Daumens, resp. der grossen Zehe; Verbalsuggestion vermag den Anfall beliebig zu verlängern oder zu beseitigen. Plötzliches Einsetzen ohne Parästhesien. Keine electrische oder mechanische Uebererregbarkeit der Nerven.

Alle diese Momente unterscheiden den Anfall von dem echt tetanischen. — Dazu kommt Globus, Kopfschmerz, concentrische Gesichtsfeldeinschränkung. — Als absolut sicher bezeichnet Verfasser das Fehlen von galvanischer Uebererregbarkeit bei solchen Pseudotetanien. — Heilung durch zweimalige Verbalsuggestion, unterstützt durch den faradischen Pinsel. —

Loewenthal (Frankfurt a, M.).

---

518) **Th. Zangger** (Zürich): Ein Fall von Tetanie im Kindesalter.
(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1896, Nr. 14, S. 443)

2½jähriges, rhachitisches (früher Stimmritzenkrampf) Kind, von gesunden Eltern stammend, erkrankt plötzlich mit Fieber und Ausschlag, der sich später als Masern herausstellte. In der nächsten Nacht schon stellten sich Krämpfe in den Händen ein, die 36 Stunden lang anhielten. Typische Stellung der Hände wie bei Tetanie. Gesteigerte Reflexe. Facialisphänomen. Nach Ablauf dieser Zeit traten die Spasmen in den nächsten 4 Tagen bei nunmehr normaler Temperatur nur noch intermittirend auf und blieben darauf spontan ganz weg. In den Intervallen und noch 4 Tage nach Aussetzen der Krämpfe liessen sich dieselben durch Constriction des Vorderarmes beiderseits willkürlich noch hervorrufen. — In den Beinen waren niemals Spasmen beobachtet worden; dieselben wurden nur paretisch, blieben es jedoch auch nur kurze Zeit.

Die Diagnose war auf Morbilli und Tetanie (in der Schweiz ist diese ziemlich selten) gestellt worden. Die erstere Krankheit war die Causa movens für den Ausbruch der letzteren; sie war auch die Ursache für die Lähmung der Beine. — Bemerkenswerth ist noch, dass die Schilddrüse durch Palpitation als ganz normal befunden wurde. Die Therapie hat in der Bekämpfung einer das Leiden begleitenden Bronchitis und in der Verabreichung eines Chinadecoctes bestanden. Buschan.

---

519) **Hauser:** Ueber Tetanie der Kinder. — Vortrag in der Berlin. med. Gesellschaft 10.|VI. 1896.
(Berlin. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 35,)

Die auf genaue Untersuchungen an 280 Kindern der Kinder-Poliklinik der Kgl Charité — darunter 29 Fälle von Tetanie, im Uebrigen meist Fälle von Spasmus glottidis und von Rachitis mit und ohne eclamp-

tische Krämpfe, ausserdem 23 gesunde Kinder zur Controlle — gegründete Untersuchung kommt er zu folgenden Resultaten:

1. Es giebt auch im Kindesalter eine echte Tetanie, welche in einem Theile der Fälle genau unter dem von der Tetanie der Erwachsenen bekannten Bilde verläuft. Sie bietet als auffälligste Erscheinung die bekannten Extremitätencontracturen dar; daneben findet man stets das eine oder andere, häufig sämmtliche Symptome der sogenannten Trias (Erb'sches, Trousseau'sches, Chvostek'sches Phänomen). Ausser den tetanischen spielen Stimmritzen- und eclamptische Krämpfe eine wichtige, oft prognostisch entscheidende Rolle. Die Aetiologie der kindlichen Tetanie ist noch nicht festgestellt. Erfahrungsthatsache ist, dass selten ganz gesunde Kinder ergriffen werden. Die Rachitis scheint ein erhebliches disponirendes Moment abzugeben. Gelegenheitsursache scheinen oft Magen-Darmstörungen zu sein. Die Tetanie ist eine gefährliche und häufig zum Tode führende Krankheit. Die Therapie kann vorläufig nur dann eine causale sein, wenn mehr oder weniger ausgesprochene Verdauungsstörungen bestehen (thunlichst rasche Entleerung des Verdauungskanals durch Magenausspülung und Abführmittel (Amlyaceennahrung), in allen anderen Fällen nur diätetische und symptomatische Therapie durch Einverleibung leichter Narcotica (Brom, Chloral).
2. Neben der mit typischen Extremitätencontracturen einhergehenden Tetanie giebt es im Kindesalter eine latente, d. h. bezüglich eben jener Krämpfe latente Tetanie. Ihre Diagnose gründet sich mit Sicherheit auf Nachweis der erhöhten galvanischen Nervenerregbarkeit (Erbsches Phänomen), welche in dieser Weise sonst bei keiner Krankheit vorkommt; dasselbe gilt für das Trousseau'sche Phänomen, falls es vorhanden. Ein hochgradig entwickeltes Chvostek'sches Phänomen kann die Diagnose stützen, ist aber ohne eine der beiden anderen Symptome der Trias nicht beweisend.
3. Solche Fälle latenter Tetanie bieten als hervorstechendstes Symptom häufig schweren Spasmus glottidis. Alle Fälle von Spasmus glottidis müssen deshalb zur Untersuchung auf tetanische Symptome auffordern.
4. Die Mehrzahl aller Fälle von Spasmus glottidis hat mit der Tetanie ätiologisch nichts zu thun, vielmehr ist daran festzuhalten, dass zwischen dem Spasmus glottidis und der Rachitis Beziehungen existiren müssen, die wahrscheinlich mehr als ein Zusammentreffen bedeuten.
5. Der Spasmus glottidis steht in keinem auch nur einigermassen gesicherten Verhältniss zur Craniotabes. Hoppe.

---

520) **Leuch** (Zürich): Eine sogenannte Chorea-Epidemie in der Schule. (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1896, Nr. 15.)

Verfasser giebt die Geschichte einer „Zitterkrankheit“, die sich epidemisch in zweien Klassen einer Schule von Zürich ausbreitete. Eine von Bern, wo eine ähnliche Epidemie geherrscht hatte, zugereiste Schülerin wurde, 3 Monate nach ihrem Zugange, plötzlich in einer Schreibstunde von Zittern der Arme ergriffen. Im Laufe der nächsten 4 Wochen erkrankten in derselben Klasse 3 Mädchen, die ihren Platz unmittelbar neben und

hinter der Ersterkrankten innehatten, in ganz derselben Weise. Dann breitete sich das Leiden immer mehr in der ganzen Klasse, immer peripherwärts von der ersten Kranken, ferner auch in einer anderen Klasse aus. Im Ganzen waren schliesslich 26 Individuen, nämlich 24 Mädchen, ein Knabe und eine Lehrerin erkrankt. 15mal zitterten beide Arme, 11mal nur der rechte Arm; Kopf, Rumpf und die unteren Extremitäten blieben vom Zittern verschont. Sehr auffällig ist der hohe Procentsatz (25 : 1) der Mädchen; denn die beiden Geschlechter waren in den befallenen Klassen ziemlich gleichmässig vertreten. — Die „Zitteranfälle" waren in den meisten Fällen während der Schulstunden und nur ganz ausnahmsweise ausserhalb derselben aufgetreten. Vereinzelt gingen dem Anfalle leichte ziehende Schmerzen in dem einen oder beiden Handgelenken voraus; beim Beginne des Anfalls verschwanden dieselben. In der Mehrzahl der Fälle setzte das Zittern rasch und mit voller Kraft ein und liess dann bald in seiner Intensität nach, um allmählich ganz zu verschwinden. Die Amplitude der Schwingungen war eine sehr kleine. Die Coordination der Bewegungen wurde durch das Zittern nicht aufgehoben. Beim Schreiben wurden die ersten Worte vollständig zitterfrei geschrieben; dann aber wurde die Schrift urplötzlich ganz unleserlich. Die Dauer der Anfälle schwankte zwischen einer Minute im Minimum und einer Stunde im Maximum. Ebenso variirte die Häufigkeit der Anfälle, von einem einzigen innerhalb 10 Tagen bis zu mehreren täglich.

Das Allgemeinbefinden liess, abgesehen von dem sich den Anfällen anschliessenden Gefühl von Ermüdung, nichts zu wünschen übrig. Ein schlechter Ernährungszustand war nicht vorhanden. Von 5 mit Rücksicht auf etwa vorhandene Einengung des Gesichtsfeldes untersuchten Kindern zeigten 2 solche in ganz bedeutendem Grade.

Durch Zureden konnten die Anfälle mehrfach coupirt werden.

Verfasser stellte selbst die Diagnose auf „hysterisches Zittern". Warum er aber trotzdem die Aufschrift Chorea-Epidemie anwendet, ist nicht recht verständlich; denn mit den Bewegungen der Chorea hatte das Leiden absolut nichts gemeinsam.

In einer Nachschrift (Nr. 16) legt Prof. Forel mit Recht dagegen Berufung ein, die vorstehend beschriebene Krankheit als Hysterie zu bezeichnen. Es handelt sich um einfache Suggestion, die eine oder andere Hysterica mag wohl darunter gewesen sein; jedoch waren die meisten Kinder sicherlich einfache, normal suggestible, angesteckte Menschen. Hysterie ist aber eine „pathologische Suggestibilität und Autosuggestibilität."

Buschan.

621) **De Buck et de Moor:** Tremblement consécutive à l'influenza.
(Journ. de neurol. et d'hypnol. 1896, Bd. 1, Oct. 5, S. 436.)

Im Anschluss an Influenza sind bereits eine grosse Anzahl Nerven- und Geisteskrankheiten beobachtet worden; der nachfolgende Fall jedoch dürfte bisher einzig dastehen:

51jähriger Tischler ohne neuropathische Belastung, der in der Jugend Typhus, Malaria und Syphilis durchmachte, wird von Influenza befallen und hütet 2 Tage lang das Bett. Während der Reconvalescenz ein leichtes Zittern des rechten Armes. Er nahm seine Arbeit zwar wiederum auf;

das Zittern blieb jedoch bestehen, liess bei der Arbeit nach. Im folgenden Jahre ein erneuter Influenza-Anfall. Nach ihm zeigte sich das Zittern stärker und breitete sich sogar auf den linken Arm und das rechte Bein aus.

Die Untersuchung ergab: Sehr deutliches Zittern von mittlerer Schwingungszahl (5—6) am rechten Arme, weniger deutlich am rechten Beine, sehr gering am linken Arme, Kopf und Zunge, Im Wachzustande hält es beständig an und im Schlafe hört es auf. Psychische Erregungen und Ermüdung verschlimmern es, mässige Arbeit lässt die Amplitude der Schwingungen abnehmen. Muskelkraft des rechten Armes deutlich herabgesetzt: rechts 70, links 130 am Dynamometer. Sensibilität in keiner Hinsicht alterirt, keine Parästhesien. Electrische Erregbarkeit gegen beide Ströme normal. Verhalten der Pupillen normal. Gesichtsfeld nicht eingeengt, Im Uebrigen ein ganz normales Functioniren der Organe.

Verf. lässt alle Arten von Zittern Revue passiren und kommt zu dem Resultat, dass es sich wahrscheinlich hier um ein Zittern handelt, das unter die Categorie des hysterischen Zitterns fällt, wenngleich die Stigmen für das Grundleiden fehlen und keine Sensibilitätsstörungen bestehen. Verf. hält das Zittern selbst für ein Stigma. Bezüglich der Aetiologie: Wenngleich der Kranke von hereditären Manifestationen frei ist, so haben doch die vorausgehenden Infectionskrankheiten sein Nervensystem derartig geschwächt, dass die Influenza auf den Locus minoris resistentiæ einwirken konnte. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, schlug Vesf. auch ein tonisches Verfahren ein: die Injection von Spermin (alle Tage eine Ampulle = 0,025 Sperm. hydrochl.). Schon nach 3 Injectionen verspürte der Kranke eine deutliche Besserung. Er zitterte viel weniger nud war viel weniger am Arbeiten behindert. Seine Handschrift wurde regelmässiger. Diese Besserung wurde die folgenden Tage noch augenscheinlicher. Am Ende des 7. Tages war die Muskelkraft bedeutend erhöht: am Dynamometer rechts 100, links 130; 10 Tage später rechts 115, links 135. Zu dieser Zeit war das Zittern während der Arbeit kaum mehr zu spüren. Die Injectionen wurden nur noch 10 Tage lang fortgesetzt; denn der Kranke, der mit seinem Zustande zufrieden war, fand sich zur Sprechstunde nicht mehr ein.

Buschan.

---

522) **Wertheim-Salomonson** (Amsterdam): Ein Hilfsmittel zur Diagnose der cerebralen Kinderlähmung. (Een diagnostisch hulpmiddel bij het herkennen der cerebrale kinderverlammingen.)

(Weekblad 1895, II, Nr. 26.)

In einzelnen Fällen infantiler Lähmung reichen die Kriterien der Unterscheidung zwischen spinaler und cerebraler Lähmung nicht aus; dann findet sich, nach W.-S., „constant eine andere Erscheinung, die Hyper-Extensibilität der kleinen Gelenke der fraglichen Extremität“. In den meisten Fällen von spinaler Lähmung fehlt sie „oder ist selbst die Extensionsfähigkeit im Vergleich mit der gesunden Seite vermindert.“ Am meisten fällt die Erscheinung an dem Gelenk der letzten Phalange auf.

Kurella.

---

523) **Francotte** (Liège): Le réflexe radiobicipital.
(Bulletin de la Société de la médecine mentale de Belgique, Nr. 7C, mars 1896)

Der Reflex, welchen Sternberg in seiner Monographie über die Sehnenreflexe als Radius- oder Vorderarmreflex beschreibt, wird hervorgerufen, wenn man den schlaff herunterhängenden Unterarm in rechtwinklige Beugung zum Oberarm bringt, den Ellenbogen mit der linken Hand stützt und mit der rechten das untere Ende des Radius am äusseren Rande mit einem Percussionshammer in kurzen Schlägen klopft. Man merkt dann in einer Reihe von Fällen eine Contraction des Biceps, die bis zur Beugung des Unterarms gegen den Oberarm führen kann. Bei erhöhter Reflexerregbarkeit ist die reflexerzeugende Zone grösser, sie kann sich auf die 2 unteren Drittel, in einzelnen Fällen auch auf die hintere Fläche ausbreiten.

F. hat den Reflex bei 527 Personen untersucht und zwar bei 427 Kranken und Verletzten aller Art aus einer poliklinischen Clientel und 100 Geisteskranke. Der Reflex fehlte 125 mal oder bei 22%.

Was die 402 Fälle anbetrifft, wo der Reflex vorhanden war, so bestand er in 159 Fällen aus einer einfachen Contraction des Biceps, der von einer leichten Erhebung des Vorderarms begleitet war, in 243 Fällen war die Beugung des Unterarms ganz ausgesprochen.

Unter den 427 poliklinischen Kranken fehlte der Reflex 108 mal oder bei 23% und zwar unter 270 Frauen bei 16% und unter 157 Männern bei 41%.

Unter 100 Geisteskranken fehlte der Reflex bei 17% und zwar unter 48 Frauen bei 13%, unter 55 Männern bei 20%.

Es zeigt sich also ein häufigeres Vorkommen des Radio-Bicipital-Reflexes beim weiblichen Geschlecht, besonders bei geisteskranken Individuen. Bei Paralytikern, welche einen guten Theil der geisteskranken Männer bildeten, war der Reflex fast immer deutlich ausgesprochen.

Das Vorhandensein des Reflexes hat im Allgemeinen keine Bedeutung, die Steigerung des Reflexes deutet auf erhöhte Erregbarkeit und ist besonders bei anämischen Frauen anzutreffen. Einseitige Steigerung fand F. bei Hemiplegikern und in 2 Fällen von Paralysis agitans.

Im Allgemeinen besteht eine Uebereinstimmung zwischen dem Radio-Bicipital-Reflex und dem Kniephänomen. Hoppe.

---

524) **W. v. Bechterew:** Ueber das Kniescheibenphänomen als diagnostisches Kennzeichen von Nervenleiden und über andere verwandte Erscheinungen.
(Neurol. Centralblatt 1895, Nr. 18.)

Das Kniescheibenphänomen weist ebenso wie der Fussclonus auf eine äusserst erhöhte reflectorische Erregbarkeit hin und lässt gleich diesem am häufigsten auf eine organische Erkrankung des Nervensystems schliessen, wenn auch beide bei gewissen functionellen Erkrankungen des Nervensystems mit erhöhter Reflexerregbarkeit vorkommen können. B. hat es selbst bei Hysterie, traumatischer Neurose und wiederholt in Fällen von Paramyoclonus multiplex beobachtet und zwar stets beiderseitig mehr oder weniger gleichmässig. Das einseitige Auftreten des Kniescheibenphänomens

weist auf organische Erkrankung hin, ebenso das Fehlen von reflectorischer Erregbarkeit in anderen Gegenden.

Als ähnliche Erscheinungen an anderen Muskeln sind das Auftreten von clonischen Zuckungen der Peronei bei Bewegung des Fusses nach innen (bei centralen Paralysen), von clonischen Zuckungen der Schenkeladductoren und der Glutæi (bei Myelitiden) sowie von clonischen Zuckungen im M. biceps femoris zu beobachten, welchen B. in einigen Fällen non schwerer traumatischer Rückenmarksverletzung (bei tactilen Reizungen des Unterschenkels) beobachtet hat.

Diese sowie der Handclonus bei alten Hemiplegien (auch in einem Falle von Brown-Séquard'scher Lähmung von B. beobachtet) sind bei functionellen Erkrankungen des Nervensystems bisher nicht constatirt.

Hoppe.

525) Prof. **Fürstner**: Ueber pseudospastische Parese mit Tremor.
(Neurol. Centralblatt 1896. Nr. 15.)

F. führt in 2 Fällen ein durch Trauma bedingtes Krankheitsbild vor, das mit einem organischen Leiden überraschende Aehnlichkeit hat, während es sicher functionell bedingt ist.

Bei einem 54jährigen Manne trat nach einem Falle vom Apfelbaum sofort Lähmung aller Extremitäten ein, 2 Tage später Tremor in denselben. Nach 14 Tagen hörten die Störungen links auf, später trat auch noch bei wechselndem Befinden Besserung im rechten Arm ein. Gedrückte Stimmung, lebhaftes Krankheitsgefühl. Gang spastisch hemiplegisch (rechts), rechter Arm adducirt und im Ellbogen leicht flectirt. Im rechten Bein abnorme Spannung der Muskulatur, die sich bei Bewegungen und Berührungen steigert und durch bestimmte Vorstellungen beseitigt werden kann, ausserdem Schütteltremor beim Gehen, der durch Erregungen verstärkt wird Patellarreflexe gesteigert. Dorsalclonus rechts von raschem wechselndem Tempo, gelegentlich rhytmisch ab- und zunehmend und bei besonderer Stärke mit Schütteltremor verbunden. Im rechten Arm geringere Muskelspannung, die gelegentlich bei plötzlicher Einwirkung sich überwinden lässt. Rechte Pupille enger, Reaction verringert.

Der zweite Fall betrifft einen 48jährigen Zimmermann, welcher December 1895 nach einem schweren Trauma (durch einen Balken an Brust und Bauch getroffen und auf einen Holzhaufen gedrückt) bewusstlos liegen blieb und 9 Wochen wegen heftiger Schmerzen an Brust und Rücken im Bett zubrachte.

Status 7./IV. 1896: Klagen über heftige Schmerzen, Schwindel, Schwäche und Steifigkeit in den Gliedern, Schlaflosigkeit, Kopfdruck, Brechreiz nach dem Essen. Objectiv: enge wenig reagirende Pupillen, Zittern der Zunge, im Zygomaticus, in den Händen (rechts stärker), psychisch zu beeinflussen. Spannungen im rechten Ellenbogengelenk, im Oberarm nur angedeutet. Gang steif, breitbeinig, spastisch, mit den Fussspitzen nachschleifend, dabei starkes Vibriren und Zittern der Beine. Im Liegen und Sitzen starke Muskelspannungen der Beine, beim Heben in Streckstellung starker Schütteltremor, derselbe auch nach Auslösung des Patellarreflexes, unregelmässiger Dorsalclonus. Sensibilität wie bei Fall I völlig intact.

Die Hauptstörung betraf in beiden Fällen die motorischee Bahnen und zwar prävalirten Spasmus in den Muskeln und der Tremor, beide von wechselnder Intensität und durch psychische Vorgänge zu beeinflussen; neben gesteigerten Patellarreflexen und Dorsalclonus von deutlich functionellem Character. Zum Schluss erwähnt F. noch einen Fall bei einem hysterischen Mädchen, wo das gezeichnete Symptomenbild in leichtester Weise vorhanden war. Hoppe.

---

526) **Müller** (Marburg): Ueber eine eigenthümliche Form centraler Hörstörung. — Vortrag im ärztlichen Verein zu Marburg 4.|III. 1896.

(Berl. klin Wochenschr. 1896, Nr. 34.)

Die 43jährige Patientin, welche nach einem Gelenkrheumatismus im 15. Lebensjahr an Mitralsclerose und -Insufficienz leidet (ausserdem Stauungsleber, Albuminurie) leidet seit Jahren an nervöser Erregtheit, Unstetigkeit, psychischer Erschöpfbarkeit mit Steigerung der Erscheinungen während der Menses. Im Anschluss an eine Menstruation zeigte sich plötzlich, dass sie ihre Umgebung nicht oder schwer verstand. Hörfähigkeit ungestört; Ohrbefund normal. Einfache Fragen, langsam ausgesprochen, verstand sie, doch machten ihr seltenere Woete Schwierigkeiten. Sie wiederholte aber oft die Frage, ehe sie die richtige Antwort fand und verwechselte bisweilen die Personen. Raschere Reden oder längere Sätze verstand sie nicht. Sie konnte geläufig lesen und das Gelesene verstehen, zeitweilig aber leichte litterale Paraphasie; Schrift normal.

Die Hörstörung besserte sich noch am selben Tage etwas und war nach 3 Tagen völlig verschwunden.

M. hält es für am wahrscheinlichsten, einen Zustand von vorübergehender Functionsherabsetzung im linken Schläfenlappen anzunehmen, wie solche bei schwerer Migräne beobachtet werden sind. Hoppe.

---

527) **Alessandro Marina** (Triest(: Ueber die neurotonische electrisehe Reaction.

(Neurol. Centralbl, 1896, Nr. 17.)

M. weist darauf hin, dass er bereits in einer 1888 in der Rivista di freniatria erschienenen Veröffentlichung die von Remak neuerdings erwähnte Reactionsanomalie beschrieben und ebenfalls als als neurotonische Reaction bezeichnet hat. Um einen Vergleich zu ermögiichen, stellt er die Resultate der electrischen Untersuchung in seinem Falle mit den von Remak gewonnenen zusammen. Es handelte sich auch wie bei Remak um einen Fall von Hysterie.

M. ist der Ansicht, dass ein principieller Unterschied zwischen der neurotonischen Reaction und den Ergebnissen der electrisehen Befunde bei der Tetanie und Myotonie nicht existirt, es sind nur verschiedene Stufen einer durch verschiedene Ursachen bedingten Uebererregbarkeit des motorischen Neurons.

Dass in beiden Fällen gerade die Nerven des rechten Arms die neurotonische Reaction zeigten, scheint dadurch zu erklären, dass die normale vermehrte Thätigkeit der Nerven und Muskeln der oberen Extremitäten, speciell der rechten prädisponirend wirkt. Hoppe.

---

2. Specielle Pathologie.

a) Peripherische Organe.

528 **Hermann Gessler** (Stuttgart): Ein seltener Fall von myopathischer Lähmung. (Vortrag am 6. Februar 1896.)

(Württ. med. Correspondenzblatt 1896.)

Die Unterscheidung zwischen den 3 Formen der Muskellähmung, myopathisch, neuritisch oder central kann unter Umständen grosse Schwierigkeiten machen, wie folgender Fall zeigt, der als schwere Myasthenie anzusehen ist. Ein 38jähriger Gymnasiallehrer, bis dahin gesund, macht während eines 3 wöchentlichen Turncursus täglich 8stündige, äusserst anstrengende Turnübungen. In den 2 ersten Wochen befand er sich wohl, in der letzten stellte sich zunehmendes Ermüdungsgefühl mit reissenden Schmerzen in Armen und Beinen ein. Fünf Tage nach Beendigung des Turncursus musste er sich zu Bett legen, es hatte sich eine vollständige Lähmung beider Arme und Beine ausgebildet. Vier Tage später erhebt Verfasser einen Status: Vollkommen normale innere Organe und Blasenfunction, intacte Psyche und Sinnesorgane, absolute Paraplegie beider Arme und Beine, selbst die Finger und Zehen konnten nicht bewegt werden. Die Rumpf-, Rücken- und Halsmuskulatur frei, Schlucken und Sprechen nicht behindert. Eine besondere für eine Nervenlähmung characteristische Gliederstellung bestand nicht. Die Reflexe an Armen und Beinen vollständig verschwunden. Sensibilität intact, keine Abmagerung. Electrische Reaction leicht herabgesetzt ohne Aenderung der Zuckungsformel. — Polyneuritis war leicht auszuschliessen, es fehlten sensible Störungen und beginnende Entartungsreaction. Poliomyelitis acuta wäre sicher mit Fieber und Blasenstörung verbunden gewesen. So blieb nur eine schwere Myasthenie übrig für die Diagnose, Diese musste durch den Verlauf erhärtet werden. War die Diagnose richtig, dann war in wenigen Wochen Besserung resp. Heilung zu erwarten, bei Poliomyelitis im günstigsten Falle erst nach Monaten. Verf. prognosticirte Heilung in wenigen Wochen, die in der That unter Faradisation und Strychnininjectionen in 14 Tagen eintrat.

Erlenmeyer.

529) **Alfred Peyser** (Berlin): Ueber partielle clonische Krämpfe des Gaumensegels bei gleichzeitiger Facialisparese im Anschluss an Ohraffectionen.

(Berl klin. Wochenschr. 1896, Nr. 52.)

Bei einem 25jährigen Buchbinder, welcher seit seiner Kindheit in Folge von Scharlach-Diphtherie an beiderseitiger Ohreiterung und Schwerhörigkeit (Operation in der Jugend) und seit einigen Jahren an Nasenverstopfung, Husten und Heiserkeit leidet, fanden sich neben völligem Verlust des Trommelfelles, beiderseitigem Cholesteatom in der Paukenhöhle, einer Rhinopharyngitis atrophicans und Hyperæmia laryngis eine rechtsseitige Facialisparese und krampfartige Bewegungen im rechten hinteren paretischen Gaumensegel, in unregelmässigen Intervallen durchschnittlich 76 mal in der Minute.

Bei Mangel aller bulbären Erscheinungen ist P. geneigt, eine periphere Affection des Facialis oberhalb des Ganglion geniculi anzunehmen,

bedingt durch Ohreiterung resp. durch die Operation in der Kindheit, da seit dieser auch nasale Sprache besteht. Den motorischen Reizzustand fasst P. als Analogon des Tic convulsiv bei peripherer Facialisparese auf.

Hoppe.

530) **J. Roll** Nok et Tilfælde af Beri-Beri.

(Norsk. Mag. f. Lægevidensk. 1893, S. 509)

531) **S. Laache**: Om Beri-Beri.

(Norsk. Mag f. Lægevidensk. 1896, S. 515.)

Mittheilung der Krankengeschichten von 4 Personen, welche sich in den Tropen wahrscheinlich durch inficirtes Trinkwasser Fälle von typischer Beri-Beri zugezogen hatten, jetzt aber nur schwache Reste der Symptome aufzuweisen hatten.

Koch (Kopenhagen.

532) **Thomas R. Frasor** und **Alexander Bruce**: On a case of diabetic neuritis, with a description of the post-mortem examination of the nerves and mucles.

(Edinburgh medical Journal, October 1896)

Ein 36jähriger Mann mit Diabetes mellitus litt an neuralgischen Schmerzen in den Unterschenkeln. Die Patellarreflexe fehlten beiderseits; es bestand Amblyopie und centrales Scotom für roth auf beiden Augen bei normalem Gesichtsfelde und normalem Augenhintergrund. Nach dem Tode wurde die Optici, die Tibialisnerven und Muskulatur des Tibialis posticus untersucht.

Der Opticus zeigte deutliche parenchymatöse Degeneration in verschiedenen Stadien; die hauptsächliche Degeneration fand sich im Centrum des Nerven, darum liegt eine weniger erkrankte Zone, die nach der Peripherie nochmals von stärker degenerirten Partien umgeben war. Im Tibialisnerven zeigten sich die Markscheiden stark betroffen; die Axencylinder zeigten Varicositäten; sie waren manchmal ganz vom Mark entblösst, die Kerne der Schwann'schen Scheide waren geschwollen. In der Muskulatur des Tibialis posticus fand sich Degeneration in fleckweiser Anordnung; Fettkügelchen in den Muskelfibrillen mit dazwischen liegenden fast gegesunden Partien.

Wichmann (Braunschweig).

533) **B. Sachs**: Sympathetic nerve symptoms, with ulnar paralysis following diphtheria

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1896, Nr. 4.)

14jähriges Mädchen, das im Alter von 18 Monaten eine Poliomyelitis der rechten Oberextremität acquirirte, wovon zur Zeit noch die Spuren in Form einer hochgradigen Atrophie vorhanden waren, bekam im Anschluss an eine Diphtheritis eine atrophische Lähmung des linken Armes, besonders der Hand- (interossei) Muskeln, und zeigte gleichzeitig eine Verengerung der Lidspalte und Pupille auf der gleichen Seite. Dieselbe war bis dahin ganz gesund gewesen. Ausserdem stellte die Untersuchung fest, dass eine Abnahme für alle Formen der Sensibilität im Bereiche des linken Ulnaris bestand. Die Diagnose wurde auf periphere Neuritis nach Diphtheritis gestellt. Das Interessante an dem Falle ist jedoch, dass auch der Sympathicus sich an dem Processe betheiligt hat (durch Verbindungszweige mit den Nervenwurzeln.).

Buschan.

534) **E. Feindel**: Névrite traumatique du cubital, déviation des doigts en coup de vent, rétraction de l'aponévrose palmaire.
(Revue neurologique Nr. 18, 1896.)

Traumatische Neuritis des N. ulnaris, dachziegelartige Deviation der Finger (gegen den Innenrand der Hand), Retraction der Palmaraponeurose.

Der Titel besagt, was an dem mitgetheilten Fall bemerkenswerth ist. Die Deviation führt der Autor auf eine Subluxation der Finger nach einwärts zurück, welche durch die Schlaffheit der Metacarpo-phalangealbänder, vielleicht auch eine geringe Deformation der Knochenenden begünstigt und mit einem gewissen Grade von Flexion durch Retraction der Palmaraponeurose in Folge trophischer Störungen herbeigeführt wurde.

L. Löwenfeld.

---

535) **H. Lamy**: Paralyse post-puerpérale par névrite périphérique.
(Revue neurologique Nr. 16, 1896.)

Die im Gefolge von Entbindungen auftretenden Lähmungen an den unteren Extremitäten hat man früher auf traumatische Einwirkungen bei der Geburt zurückgeführt. Tuilant hat die Entstehung dieser Lähmungen durch Compression des Plexus lumbo-sacralis in Zweifel gezogen und neigt mehr zur Annahme eines infectiösen Ursprungs derselben. Dem gegenüber erklärt der Verfasser, dass die vorliegenden Beobachtungen die Annahme nicht gestatten, dass Traumatismen bei der Entbindung als Ursache der fraglichen Lähmungen keine Rolle spielen. Man findet unter den veröffentlichten Beobachtungen manche, welche folgende Bedingungen vereinigen: 1. Mangel vorgängiger Infection, 2. sehr schwierige Entbindung zuweilen bei verengtem Becken (Zange, Wendung), 3. sehr heftige Schmerzen während der Wehen oder der Entbindung, 4. Eintritt der Lähmung unmittelbar nach der Entbindung. Anschliessend theilt der Verfasser den Fall einer 28jährigen Wäscherin mit, bei welcher bei der Entbindung wegen Steisslage bei engem Becken die Anwendung der Zange nothwendig wurde und während dieses Eingriffes heftige Schmerzen im linken Bein auftraten. Nach der Entbindung zeigte sich sofort eine vollständige Paraplegie vom Character der neuritischen Lähmung. In den ersten Tagen des Wochenbestanden Fiebertemperaturen bis zu 40°. Nach 7 Monaten war die Lähmung noch nicht beseitigt. Im linken Beine bestand noch Atrophie und Parese im Peroneusgebiet. L. nimmt für den vorliegenden Fall neben dem Traumatismus, welcher den Ort der Erkrankung bestimmte, noch eine Infection als Ursache der Neuritis an.

L. Löwenfeld.

---

536) **P. Marie**: Sur la neurofibromatose généralisée.
(Aus: leçons de clinique médicale, Paris 1896.)

Unter dem im Titel genannten Namen fasst Verf. eine Anzahl bisher meist getrennter Krankheitszustände zusammen, die das gemeinsame haben, dass es sich anatomisch um bindegewebige Neubildungen, hervorgehend aus den Nervenscheiden, handelt, die sich bald unter Zerstörung, bald unter Proliferation der eigentlichen Nervenfasern entwickeln. Die Affection tritt unter verschiedenen Formen in Erscheinung, bald als multiple Neurofibrome, die sich entweder an den feinen Nervenverzweigungen der Haut oder an den subcutanen Nervenstämmchen entwickeln (Fibromata mollusca) oder als

plexiformes (rankenförmiges) Neurom in Form eines Tumors, einer Dermatocele oder der Elephantiases. Klinisch erweisen sich beide Gruppen als zusammengehörig dadurch, dass sie beide hauptsächlich congenital und hereditär vorkommen und vor allem dadurch, dass in derselben Familie bei dem einen Individuum die eine, bei einem zweiten die andere Form der Neubildung sich findet, nicht selten aber auch bei ein und demselben Kranken beide Formen vereint beobachtet werden. — Es werden zwei Kranke mit multiplen Neurofibromen vorgestellt; bei beiden finden sich eine grosse Zahl dieser Geschwülste von wechselnder Grösse, daneben zahlreiche Nævi (pigmentati, pilares, vasculares). Beide Individuen sind im Zustande hochgradiger Cachexie und bieten eine Anzahl psychischer Abnormitäten: eine grosse Passivität, erhebliche Herabsetzung der cutanen Sensibitliät, Verminderung der sensorischen Functionen, mannigfache Schmerzen, ber dem einen Kranken auch Krampfanfälle unsicherer Natur.

Diese Erscheinungen gehören, das lehrt das Vorkommen in der Mehrzahl der bisher beobachteten Fälle, mit zum Krankheitsbild. Bei dem zweiten Kranken ist die Krankheit nicht congenital und nicht hereditär und erst im späteren Lebensalter entstanden: für die seltenen Fälle dieser Art ist die Aetiologie noch recht unklar. Die Entwicklung der Affection ist meist eine langsam progressive; differentialdiagnostisch kommen besonders multiple Lipome und Fibrolipome in Aetracht.

Cassirer-Berlin.

536) **L. Glorieux** et **A. van Gehuchten:** Un cas de myopathie primitive progressive (type facio-scapulo-huméral) avec pseudohypertrophie des muscles des membres inférieurs et attitude vicieuse extraordinaire,

(Revue neurologique Nr. 8, 1896)

J. d. V., 34 Jahre alt, ledig, ohne nachweisbare erbliche Belastung, scheint bis zu seinem 12. Lebensjahre zu allen Bewegungsleistungen befähigt gewesen zu sein wie andere Kinder seines Alters. Um diese Zeit machte sich der Anfang der Muskelerkrankung dadurch bemerklich, dass der Patient beim Laufen die obere Partie des Rumpfes nach rückwärts gebeugt hielt. Mit 15 Jahren wurde Patient Bauhandlanger; in diesem Alter begann er über Schwäche in den oberen und unteren Extremitäten zu klagen; das Emporsteigen auf einer Leiter oder Stiege fiel ihm auch schwer, beim Gehen wurde der Rumpf stark nach rückwärts gebeugt. Der Kranke konnte bis zu seinem 17. Jahre regelmässig theils in einer Fabrik, theils als Handlanger arbeiten. Seit dem 17. Jahre muss er auf jede Beschäftigung verzichten. Die Schwierigkeiten beim Gehen, die Schwäche der Arme und die Einbuchtung im Kreuze nahmen allmählich beträchtlich zu. Seit dem 28. Lebensjahre kann er sich nicht mehr völlig aufrichten. Es gelingt ihm nur, den Rumpf in einen Winkel zu den unteren Extremitäten zu bringen, indem er sich mit den gegen den Oberschenkel gestemmten Händen stützt. Der Kranke kann auch nur in gebeugter Haltung gehen.

Status praesens am 22. Januar 1896.

Gesicht symmetrisch, stark gedunsen. Stirnrunzeln unmöglich; Augenschluss vollständig, aber von geringer Kraft. Die Lippen dick; Pfeifen seit dem 12. Lebensjahre nur zwischen den Zahnreihen ohne Vorschieben

der Lippen möglich. Beim Blasen kein actives Vorschieben der Lippen, die Lippen blieben passiv, sind nur in der Nachbarschaft der Commissuren gegen einander gepresst. Auch die Erweiterer der Mundöffnung sind abgeschwächt. Im Ganzen zeigt der Patient sehr viel von den Erscheinungen der facies myopathique. Sprechen, Kauen, Schlucken, Augenbewegungen, Pupillenreaction normal; ebenso das Verhalten der Halsmuskeln. Die linke Schulter ist vollständig abgeflacht, der Deltoideus in seiner oberen Partie atrophisch, in der unteren hypertrophisch; auch die rechte Schulter ist vollständig abgeflacht, der ganze Deltoideus hier atrophisch, jede active Bewegung im Schultergelenk fast aufgehoben; auch beträchtliche Atrophie der Mm. pectorales rechts. Die linke Scapula in normaler Stellung, nur die fossa infra- und supraspinata stark ausgeprägt, rechts der innere Rand der Scapula schräg nach oben und aussen gerichtet, der untere Winkel bedeutend vom Thorax abstehend.

Am rechten Oberarm die Muskeln fast vollständig geschwunden; am linken die Beugung des Vorderarmes gegen den Oberarm noch möglich, aber von sehr geringer Kraft; reichliches Fettpolster verhüllt den Muskelschwund an den Oberarmen. Am rechten Vorderarm die Extensoren atrophisch, am linken Vorderarm beschränkt sich die Atrophie hauptsächlich auf den Extensor indicis propr. und die Extensoren des Daumens. Die Brüste sind sehr entwickelt; der Bauchreflex links normal, rechts fast aufgehoben. Wenn der Kranke auf dem Rücken liegt, kann er seinen Rumpf nicht aufrichten; um in die Höhe zu kommen, rollt er sich auf die linke Seite und erhebt dann den Rumpf, indem er sich kräftig auf die linke Hand stützt.

Die unteren Extremitäten erscheinen von normalem Umfange, das Gesäss voluminös; die Muskelkraft im Bereiche der unteren Extremitäten ist jedoch sehr gering.

Cremaster und Plantarreflex erhalten, das Kniephänomen auf beiden Seiten erloschen, die Sensibilität überall intact, keine Schmerzen, keine Blasenstörungen.

Die electrische Erregbarkeit ist in fast allen Muskeln herabgesetzt und zwar überall entsprechend dem Grade der Atrophie, keine fibrillären Contractionen, kein E a R.

Die Muskelmasse der Lumbarregion (M. sacrolumbalis) reagirt normal, diese Muskeln sind weder atrophisch, noch schwach,

In der Epikrise weisen die Verfasser auf den Umstand hin, dass neben der Atrophie der Schulter- und Armmuskeln und der Parese der Gesichtsmuskeln eine Hypertrophie der meisten Gesäss- und Beinmuskeln besteht, welche mit Rücksicht auf die grosse Schwäche dieser Muskeln nur als Pseudohypertrophie angesprochen werden kann; für solche (fibröse Umwandlung der Muskelsubstanz spricht auch die grosse Härte der Muskelmassen während der Contraction. Besonders betonen die Autoren noch das normale Verhalten der Mm. sacrolumbales, aus welchem zu folgern ist, dass die lumbale Lordose, welche bei dem Kranken vom 15.—2?. Lebensjahre bestand, nicht, wie gewöhnlich angenommen wird, durch Atrophie der Mm. sacrolumbales, sondern durch Schwäche der Gesässmuskeln und der Muskeln an der hinteren Oberschenkelfläche — die Extensoren des Beckens gegen die Oberschenkel — bedingt war. L. Löwenfeld.

Nachtrag

zur 68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Frankfurt a. M. vom 21.—26. September 1896.

Prof. **Oppenheim** (Berlin): Die Differentialdiagnose der Hirnabscesse. In jedem Fall von Hirnabscess muss gedacht werden an solche traumatischen und otitischen Ursprungs (abgesehen von den metastatischen. Für die ersteren kommen differentialdiagnostisch in Betracht 1. die traumatische Meningitis, 2. die traumatische Apoplexie, insbesondere Spätapoplexie, 3. die nicht eitrige Form der Encephalitis nach Trauma, oder auch, wenn sich ein Erysipel zu der Schädelverletzung gesellt; 4. die traumatische Epilepsie, 5. traumatische Hysterie, Neurasthenie und vasomotorischer Symptomencomplex Friedmann's. — Noch grössere Schwierigkeiten bei der Diagnose otitischer Hirnabscesse. Hier kommen 1. in Betracht anderweitige intracranielle Complicationen der eitrigen Otitis (Sinusthrombose, extraduraler Abscess, eitrige Meningitis). Die letztere ist besonders schwer zu erkennen, wenn sie neben dem Abscess auftritt, wie ihn eigene Erfahrungen belehrt haben; dann sind die spinalen Symptome seitens der Meningen von grösster Wichtigkeit. Sehr nahe dem Hirnabscess steht die umschriebene Form der eitrigen Meningitis. 2. Die Reihe der sonstigen Hirnerkrankungen ohne Beziehung zur Otitis. — Vorübergehende Temperatursteigerungen sind häufig, gehören aber nicht durchaus zum Bilde des Abscesses; anhaltende hohe Temperatur spricht sogar dagegen oder für eine Complication. Um so wichtiger ist die Pulsverlangsamung. Die Lumbalpunction lässt für die Differentialdiagnose zwischen Meningitis und Abscess oft im Stich, kann ausserdem wegen der plötzlichen Druckschwankung den Durchbruch herbeiführen. Vortragender hat seine Schlüsse aus einem Material von 3) selbst beobachteten Fällen gezogen, von denen einzelne genauer geschildert werden.

Discussion.

Leutert (Halle) vertheidigt die Gefahrlosigkeit und Zweckmässigkeit der diagnostischen Lumbalpunction.

Anton macht darauf aufmerksam, dass die Combination von Symptomen des Schläfelappens mit cerebellaren und spinalen sich auch aus der Verlegung der zuführenden Arterie ergeben können. Ferner käme mit Erkrankung des Schläfelappens solche des motorischen Trigeminus relativ oft vor.

Eulenstein (Frankfurt) weist auf die Sckwierigkeit der Unterscheidung zwischen otitischem Hirnabscess und Tumor hin und berichtet den Fall eines 4jährigem Kindes.

Körner (Rostock) betont die Aehnlichkeit der durch Otitis media bedingten Reizerscheinungen mit den Symptomen der Extraduralabscesse.

Oppenheim (Schlusswort) will erst die weiteren Erfolge der Lumbalpunction abgewartet wissen.

Prof. **Fürstner** (Strassburg): Zur Symptomatologie der chronischen Unfallerkrankungen im Bereiche des Centralvervensystems und die Beziehungen der letzteren zum Unfallgesetz.

Vortr. wendet sich zunächst gegen den Missbrauch des Sammelnamens der „traumatischen Neurose“ anstatt einer genaueren Diagnose Das Hauptmaterial der Kliniken, das auch seiner Besprechung zu Grunde liege, seien die Fälle mit grossen Actenbündeln, deren Trauma schon weiter zurückliegt. — Ihr Einfluss auf die anderen Nervenkranken sei ein schlechter; die eingewurzelte Vorstellung von der Unheilbarkeit ihres Leidens, die Trennung von der Familie etc. verhindern meist die Heilung. — F. bespricht dann einzelne der häufigeren Symptome, insbesondere der Unfallshypochondrie: Störungen des Gehörs und Gesichts mannigfacher Art, die aber sehr häufig schon vor dem Trauma bestanden haben, ohne Zusammenhang mit demselben allmählich sich steigern, theilweise auch der Besserung resp. Correctur fähig sind. Ebenso abdominelle Missempfindungen, die gern mit alten Brüchen in Verbindung gebracht werden. Ferner das Verhalten des Ernährungszustandes, der trotz Appetitmangel und Schlaflosigkeit dauernd gut, aber auch trotz bester Kost dauernd schlecht sich erhalten kann. Gerade die letzteren Fälle lassen an eine tiefere Schädigung des Nervensystems denken. Die depressive Stimmung ist weniger ausgeprägt als bei frischen Unfallkranken. — Vortr. wendet sich dann zu den Schwierigkeiten bei der Entscheidung der Frage, ob überhaupt Krankheit bestehe und wie sie graduell abzuschätzen sei. Dazu gehört die mangelhafte Kenntniss der Anamnese, insbesondere bezüglich der nervösen Disposition, wie des genaueren Herganges beim Trauma und der unmittelbaren Folgeerscheinungen. Die depressive Stimmung, auf deren Basis das Leiden erwächst, entspringt einmal dem durch das Trauma hervorgerufenen totalen Wechsel in den Lebensverhältnissen, wie andererseits den Hoffnungen, wie Befürchtungen und Enttäuschungen bezüglich der erwarteten Unterstützungen und Renten. — Zur Abhilfe schlägt F. vor, die Unfallkranken in möglichst frühen Stadien dem Spital zuzuführen. Dies würde den Heilresultaten wie der Begutachtung von Vortheil sein. Das Gutachten solle im Moment der Entlassung abgegeben werden; bei unvollständiger Heilung sei die Rente möglichst knapp zu bemessen und unberechtigten Ansprüchen energisch entgegenzutreten; ebenso solle dann der Spitalsarzt bestimmen, wann eine neue Untersuchung stattzufinden habe. — Schliesslich möchte Vortr. von den functionellen Erkrankungen nach Trauma solche Störungen abgesondert wissen, die sicher nicht psychogenen Ursprungs sind, wie 1. die pseudospastische Parese mit Tremor, die unter dem Bilde einer Pyramidenseitenstrangaffection verläuft, 2. die Abnahme der Intelligenz, des Gedächtnisses, Zungentremor, Pupillendifferenz, die nach schweren Erschütterungen auftreten; 3. die lange bestehenden Sensibilitäts-, Blasen- und Mastdarmstörungen nach schwereren Erschütterungen der Wirbelsäule. Hier müsste man doch wohl post mortem bei genügend sorgfältiger Untersuchung feinere Veränderungen auffinden können.

Discussion.

v. Strümpell betont den dauernd schlechten Ernährungszustand vieler Unfallverletzten, den es manchmal durchaus nicht zu heben gelingt.

Eine exactere Beurtheilung ihres Stoffwechsels ist vielleicht in der Fähigkeit gegeben, Zucker umzusetzen: bei 100 oder 150 gr Glycose erscheint bei ihnen oft schon Zucker im Harn (bei Gesunden nach 250—200 gr). Beziehungen dieser alimentären Glycosurie zum traumatischen Diabetes.

Mendel meint, dass das Unfallsgesetz doch viel Schuld an der Ausbreitung dieser Neurosen trage. Sie kämen dann in Folge sehr complicirter psychischer Processe zu Stande und man brauche nicht gleich an Simulation zu denken. M. hat früher als Gewerksarzt fast nie nach Traumen solche functionelle Neurosen gesehen. — Ferner sind Hypochonder und Hysterische, wenn sie nicht rentenpflichtig sind, selten an der Arbeit durch ihre Beschwerden gehindert; insbesondere kämen die Sensibilitätsstörungen für die Arbeit gar nicht in Betracht. — Die Aufnahme und Behandlung derartiger Kranker in Kliniken sei gar nicht zu empfehlen.

Moeli weist auf die beträchtliche Veränderung der ganzen Disposition (z. B. für Alcoholismus) nach Trauma hin.

Oppenheim will die Anästhesien nicht unterschätzt wissen; der Betreffende sei eben psychisch krank.

Remak hält ebenfalls die Sensibilitätsstörungen nicht für bedeutungslos; da sie bei Hysterischen pathognomisch sehr wichtig seien, müssten sie auch hier sehr beachtet werden.

Mendel erinnert daran, dass er die Anästhesien nur nicht als Arbeitshinderniss gelten lassen will.

Bruns hat häufig auch bei Officieren traumatische Neurosen ohne Begehrungsvorstellungen gesehen, aber von besserer Prognose.

Fürstner (Schlusswort) bemerkt bezüglich der Aufnahme in Spitäler, dass die darin verbrachte Zeit ausreichen solle zu einem Kurversuch, sowie zur Gewinnung des Materials für die Begutachtung und begrüsst als besonders werthvoll Strümpell's Mittheilungen.

Dr. **Cramer** (Göttingen): Secundäre Veränderungen nach einseitiger Bulbusatrophie beim erwachsenen Menschen.

Vortragender berichtet über das Gehirn eines 63jährigen chronisch Verrückten, bei dem 13 Jahre vor dem Tode nach Ulcus corneæ vollständige Phthisis bulbi mit Opticusatrophie rechts aufgetreten war. Im Chiasma auf Horizontalschnitten deutliche partielle Kreuzung. Im corp. genic. ext. sind die Zellen auf beiden Seiten gleichmässig an Zahl und Volumen reducirt. Es fanden sich auch kleinere, wahrscheinlich pathologische Zellformen, die im normalen Präparat fast vollständig fehlen. Im vorderen Vierhügel ist das oberflächliche Mark, die graue Kappe und das Vierhügelmark faserärmer, Zellen kleiner und weniger. Die Veränderungen sind auf der gleichen Seite stärker. Im Pulvinar ist das laterale Mark gleichseitig mehr afficirt als links; Faserung und Zellen in geringerem Grade reducirt. In der Sehstrahlung keine Differenz. In der fissura calcarina war die ganze Schicht unter dem Vicq d'Azyr'schen Streifen im Umfang und in der Zahl der Zellen gleichmässig dem Normalen gegenüber reducirt.

Discussion.

Monakow bezweifelt nicht die Veränderung in der Fissura calcarina, kann dieselbe aber nicht als secundär fortgeleitet ansehen und möchte eventuelle secundäre Veränderungen dieser Art principiell von den eigentlichen secundären fortgeleiteten Degenerationen und Atrophien scheiden. Secundäre degenerative Veränderungen in der Rinde der Fissura calcarina nach Degeneration eines N. opticus hat M. selbst an seinen Präparaten bisher noch nicht gesehen.

Jakobson (Berlin) hat, veranlasst durch den Vortrag von Kölliker auf dem Anatomen-Congress, verschiedenen Säugern, Kaninchen, Meerschweinchen, Katzen und Affen ein Auge exstirpirt und nach mehreren Wochen das Chiasma dieser Thiere mit der Marchi'schen Methode behandelt. Es zeigte sich, dass bei Kaninchen und Meerschweinchen eine totale resp. fast totale Kreuzung der Sehfasern sich findet, während bei Katzen und Affen eine Semidecussatio vorhanden ist. Diese Thatsache ist schon vorher bei Kaninchen, Meerschweinchen und Hunden von Singer und Münzer festgestellt worden, während sie bei Affen in dieser positiven Weise noch nicht erbracht war. Die secundäre Degeneration konnte nur bis zum Corp. genic. ext., resp. Thal. optic. und Vierhügel verfolgt werden.

v. Monakow bringt Jakobsohn gegenüber in Erinnerung, dass v. Gudden und Ganser das Experimentum crucis bezüglich der Kreuzung ausgeführt haben, indem sie den Tractus opticus und den Bulbus oculi auf derselben Seite zerstört und dadurch das ungekreuzte Bündel isolirt darstellen konnten. Denn ausser dem ungekreuzten Bündel der nicht operirten Seite waren sämmtliche Tractusfasern zu Grunde gegangen.

Fürstner kann im Einverständniss mit v. Monakow sich nur dahin aussprechen, dass die Frage für die Kaninchen nach der Arbeit von Gudden und Ganser erledigt sein dürfte im Sinne einer partiellen Kreuzung.

Cramer: Monakow gegenüber bemerkt er, dass er absichtlich die Beziehungen, welche etwa zwischen Fissura calcarina und opticus im vorliegenden Fall bestehen könnten, nicht genauer definirt habe, da er sich eine genaue Vorstellung darüber nicht machen könne.

Im Uebrigen habe v. Leonowa ebenfalls bei einseitiger Bulbusatrophie Affection der Fissura calcarina constatirt.

Prof. Dr. **Anton** (Graz): **Die Bedeutung des Balkenmangels für das Grosshirn.**

Vortr. beschreibt das Gehirn eines $3^1/_2$jährigen Knaben, der seit frühester Kindheit an allgemeinen Krämpfen gelitten hatte. Rachitis; im 1. Lebensjahre sehr rasche Zunahme des Kopfumfanges. Kurz vor dem Tode Zunahme der Krämpfe; Tod im status epilepticus. Bei der Obduction (Prof. v. Kolisko) fand sich macroscopisch: Hydrops der Seitenventrikel, linke Hemisphäre kürzer und schmäler. Die Furchung ist atypisch, vorwiegend radiär, am Schläfe- und Hinterhauptslappen seichter. Mediale Wand des Schläfelappens merklich verdünnt; vom Fornix links nur eine Spur. Der Balken nur im vorderen Drittel nachweisbar; nach hinten in dünne Platten übergehend, die sich in der Mittellinie nicht vereinen, so dass die,

im Uebrigen unveränderten, basalen Ganglien sichtbar werden. Vordere, mittlere und hintere Commissur erhalten. — Ependym verdickt, granulirt. — Die weitere Untersuchung zeigte folgendes: Im Stirnhirn ausser den Fasermassen des Balkenknies ein Verbindungssystem zwischen den anderen convexen Rindentheilen und den obersten medialen Gebieten der Stirnoberfläche; ferner oberhalb des Ventrikeldaches, an dessen äusserer Wand, medial von den Balkenfasern ein fronto-occipitales Verbindungssystem, dem sich nach hinten Faserzüge zum vorderen Schenkel der inneren Kapsel angliedern, mithin Züge vom Stirnlappen zum Stabkranze. — Im Scheitelhirn rapide Abnahme des Balkens vom mittleren Drittel an; an seiner Stelle findet sich ein längs verlaufendes Verbindungsbündel derselben Hemisphäre. Durch die Abnahme der Balkenfasern werden hier die Projectionsbündel deutlicher. Nach aussen von ihnen formirt sich ein Fasersystem, das fast senkrecht vom obersten Scheitelhirn bis zum Schläfelappen herabzieht, gebildet aus den fasciculus arcuatus sup. und longitudinalis inf. — Schliesslich zeigt sich noch ein von Dr. Zingerle genauer studirtes Bündel, das unten aussen vom Putamen des Linsenkerns beginnt, anfangs mit dem fasciculus uncinatus vereint, dann sich absondernd zur Aussenwand des Hinterhorns zieht und dort einen Theil des Tapetum bildet. —

Das Occipitalhirn lässt sehr vereinfachte Verhältnisse erkennen, nämlich von der lateralen Ventrikelwand beginnend folgende Bahnen: 1. Ein oberes, mediales Associationssystem (fascic. fronto- occipitalis), 2. ein unteres, mediales Fasersystem (Zingerle), wahrscheinlich ein Verbindungssystem von Hirn- und Schläfelappen. (1. und 2. zusammen bilden das Tapetum.) 3. Das breite Band des Projectionssystems. 4. Das langgestreckte äussere Associationssystem (fascic. arcuat. und longitud. inf.). 5. Nach der Hirnoberfläche zu die Einstrahlungszone der vereinten Fasermassen in die Rinde, einschliesslich der kurzen Verbindungsbahnen der Windungen. —

Das Cingulum verschmilzt stellenweise mit dem Frontooccipitalbündel und betheiligt sich an der Bildung des Tapetums der medialen Hinterwand.

Auf allen Schnitten fiel auf, dass die Fasern des Hemisphärenmarks in dünnen Leisten zur Rinde zogen, dass also die Windungen abnorm schmal waren. —

Im Ganzen liessen sich die Associationsbahnen besser übersehen, als am normalen Gehirn; sie liessen einen Ursprung aus bestimmten, umschriebenen Rindengebieten (Associationscentren im Sinne Flechsig's) nicht erkennen. Ebenso sprechen gegen die Flechsig'sche Auffassung der Verlauf der Balkenfasern, welche überwiegend gleiche Rindengebiete und gleiche Sinnescentren miteinander associiren.

Aus der gemeinschaftlichen Sitzung mit der Abtheilung für Augenheilkunde.

Dr. **Axenfeld** (Marburg): Die eitrige Entzündung des Augapfels bei der epidemischen Cerebrospinalmeningitis.

Die genannte Complication kann in verschiedenen Formen zu Stande kommen; 1. mittelst Constriction des Sehnerven durch den meningealen Entzündungsprocess, 2. als Perineuritis descendens, mit oder ohne Eindringen von Microorganismen in die Sehnervenscheide, 3. als tiefe Irido-chorioiditis.

Dr. **Bach** (Würzburg): Ueber die Localisation im Oculomotoriuskerngebiete.

Vortragender hat sich bei seinen Versuchen einer Färbung der Zellen, ähnlich der Nissl'schen Methode, mit Thionin und Toluidinblau bedient. Er fand nach Durchschneidung eines äusseren Augenmuskels mit Entfernung des peripheren Stückes durchschnittlich nach 8 Tagen, am deutlichsten am 10.—14. Tage, bestimmte Veränderungen der zugehörigen Ganglienzellen. — Abgesehen von den Beziehungen der einzelnen äusseren Augenmuskeln erscheint bemerkenswerth, dass Vortragender für Iris und Corp. ciliare keine Vertretung im Kerngebiete fand, so dass ihre Fasern wahrscheinlich im Ganglion ciliare enden: ferner dass im Trochlearis sich die Kreuzung als partiell erwies, aber im gleichseitigen Kerngebiet nur vereinzelte Zellen als verändert.

Prof. **Siemerling** (Tübingen): Zur Anatomie der Augenmuskelkerne.

Bei einem Falle von einseitiger Trochlearislähmung vom Kerne aus hat Vortragender eine centrale Verbindung beider Kerne — wie beim Oculomotorius — gesehen, die bisher nicht bekannt war; am besten bei schräg verlaufenden Horizontalschnitten, parallel dem Verlauf des Trochlearis. An Horizontalschnitten entlang dem Boden des Aquæductus Sylvii zeigt sich, dass der Trochleariskern mit dem des Oculomotorius eng zusammenhängt.

Prof. **Vossius** (Giessen): Ueber beiderseitige homonyme Hemianopsie mit Erhaltung eines kleinen Gesichtsfeldes.

Vortragender berichtet über einen 21jährigen Bergmann, der eine complicirte Schädelfractur in der Gegend der Lambdanaht erfuhr, links mit Zerreissung der Dura und Läsion oberflächlicher Hirntheile, rechts mit geringer Schädeldepression. Anfänglich während 9 Tagen vollständige Blindheit (bei benommenem Sensorium). Dann stellte sich das Sehvermögen für hell und dunkel, sowie für die Anzahl vorgehaltener Finger her. Nach 4 Wochen centrale Sehschärfe = $^6|_6$; kann kleinsten Druck lesen, aber längere Worte fallen ihm schwer. Beiderseits vollständiger Defect der rechten Gesichtsfeldhälften, sowie grosser Defect in den linken. Erhalten ein kleiner, 15^0—20^0 grosser Theil. Die Trennungslinie umgriff den Fixirpunkt um 1^0—2^0. Farbensinn intact, keine motorischen und sensiblen Störungen. Keine Agraphie, Alexie, Aphasie. Augenhintergrund normal. Während der nächsten $1^1/_2$ Jahre andauernd gleicher Befund. —

Vortragender hat in der Litteratur im Ganzen 9 Fälle dieser Art gefunden, von denen einer dem seinen ganz analog war. Bei allen übrigen handelte es sich um ältere Individuen zwischen 44 und 73 Jahren, bei denen die doppelseitige Hemianopsie im Anschluss an zwei zeitlich getrennte Insulte auftrat. Allen Fällen gemeinsam ist die Erhaltung des centralen Gesichtsfeldrestes; bei einigen fand sich eine Störung des Ortsgedächtnisses. Die wenigen vorhandenen Sectionsberichte haben eine genügende, allgemein anerkannte Erklärung dieses Verhaltens noch nicht gezeitigt. Die darüber aufgestellten Hypothesen bespricht V. genauer, insbesondere die von Sachs.

Discussion.

Sachs spricht über die Theorie des Sehens mit dem Lichtfelde und den Unterschied zwischen Fällen mit und ohne Orientirungsstörungen.

Anton legt für die Unterscheidung zwischen Erkrankungen der convexen und medianen Fläche Werth auf die Begleiterscheinungen. Ausfall beider Rindenfelder könne auch zu Stande kommen durch Erweichung des hinteren Balkenendes nach Verlegung der Arteria postica.

Saenger berichtet aus dem letzten Jahre über 2 Fälle von doppelseitiger Hemianopsie. In Bezug auf die concentrische Einengung steht er auf dem entgegengesetzten Standpunkt wie Sachs. — Nach seinen mit Wilbrandt vorgenommenen Untersuchungen ist sie nicht bedingt durch Affectionen des Hinterhauptslappens, sondern im Allgemeinen ein retinaler Vorgang. Dafür spricht die physiologische Einengung der Gesunden beim Uebergang vom Hellen ins Dunklen.

Vossius betont, dass es in den von ihm genannten Fällen sich nicht um concentrisch eingeengte Gesichtsfelder gehandelt habe.



Inhalt des November-Hefts.

I. Originalien.

II. Bibliographie.

III. Referate u Kritiken.

A. Anatomie.

B. Physiologie.

Sehsphäre auf der Grosshirnrinde des Neugeborenen

Nr. 502) Heller: Studien zur Blindenpsychologie.

Nr. 503) Riehlmann: Ueber die Rückwirkung der Gesichtsempfindung auf das physische und psychische Leben.

Nr. 504) Rivers: On mental fatigue and recovery.

C. Nervenheilkunde.

1. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Nr. 505) Petrén: Rückenmarksveränderungen bei perniciöser Anämie

Nr. 506) Dexler: Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der chronischen Compressionsmyelitis des Hundes

Nr. 507) Hoche: Ueber secundäre Degeneration, speciell des Gowers'schen Bündels, nebst Bemerkungen über das Verhalten der Reflexe zur Compression des Rückenmarkes.

Nr. 508) Dufour: Sur le grouppement des fibres endogènes de la moelle dans les cordons postérieurs.

Nr. 509) Redlich: Zur Pathologie der multiplen Sclerose des Nervensystems.

Nr. 510) Bourneville: Sclérose cérébrale hypertrophique ou tubéreuse compliqué de méningite.

Nr. 511) Hunt: A contribution to the pathology of paralysis agitans.

2. Symptomatologie u. Diagnostik.

Nr. 512) Gessler: Ein Fall von Gehirntumor, wahrscheinlich traumatischen Ursprungs

Nr. 513) Tauber: Klinischer Verlauf von Hirngeschwulst und Hirnabscess.

Nr. 514) Rotgans: Otitischer Kleinhirnabscess.

Nr. 515) Wertheim-Salomonsen: Zur Diagnostik der Kleinhirntumoren.

Nr. 516) Gilles de la Tourette et Bolognesi: Contribution à la nature hystérique de la tétanie des femmes enceintes.

Nr, 517) Blazicek: Pseudotetanie, vorgetäuscht durch Hysterie

Nr. 518) Zangger: Ein Fall von Tetanie im Kindesalter.

Nr. 519) Hauser: Ueber Tetanie der Kinder,

Nr. 520) Leuch: Eine sogenannte Chorea-Epidemie in der Schule.

Nr. 521) De Buck et de Moor: Tremblement consécutive à l'influenza

Nr. 522) Wertheim-Salomonsen: Ein Hilfsmittel zur Diagnose der cerebralen Kinderlähmung.

Nr. 523) Francotte: Le réflexe radiobicipital.

Nr. 524) v. Bechterew: Ueber das Kniescheibenphänomen als diagnostisches Kennzeichen von Nervenleiden und über andere verwandte Erscheinungen.

Nr. 525) Fürstner: Ueber pseudospastische Parese mit Tremor.

Nr. 526) Müller: Ueber eine eigenthümliche Form centraler Hörstörung.

Nr. 527) Marina: Ueber die neurotonische electrische Reaction.

3. Specielle Pathologie.

Peripherische Organe.

Nr 528) Gessler; Ein seltener Fall von myopathischer Lähmung.

Nr. 529) Peyser: Ueber partielle clonische Krämpfe des Gaumensegels bei gleichzeitiger Facialisparese im Anschluss an Ohraffectionen.

Nr. 530) Roll: Nok et Tilfælde af Beri-Beri

Nr. 531) Laache: Om Beri Beri

Nr. 532) Trasor u. Bruce: On a case of diabetic neuritis, with a description of the post-mortem examination of the nerves and muscles.

Nr. 533) Sachs: Sympathetic nerve symptoms, with ulnar paralysis following diphtheria.

Nr. 534) Lamy: Paralysie post-puerpérale par névrite périphérique.

Nr. 535) Feindel: Névrite traumatique du cubital, déviation des doigts en coup de vent, rétraction de l'aponévrose palmaire

Nr. 536) Marie: Sur la neurofibromatose généralisée.

Nr. 537) Glorieux et van Gehuchten: Un cas de myopathie primitive progressive (type facio-scapulo-humeral) avec pseudohypertrophie des muscles des membres inférieurs et attitude visieuse extraordinaire.

Nachtrag

zum Berichte über die 68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Frankfurt a. M. vom 21.—26. Sept. 1896.

Oppenheim: Die Differentialdiagnose der Hirnabscesse.

Fürstner: Zur Symptomatologie der chronischen Unfallerkrankungen im Bereiche des Nervensystems und die Beziehungen derselben zum Unfallgesetz.

Cramer: Secundäre Veränderungen nach einseitiger Bulbusatrophie beim Erwachsenen.

Anton: Die Bedeutung des Balkenmangels für das Grosshirn.

Aus der gemeinschaftlichen Sitzung mit der Abtheilung für Augenheilkunde.

Axenfeld: Die eitrige Entzündung des Augapfels bei der epidemischen Cerebrospinalmeningitis.

Bach: Ueber die Localisation im Oculomotoriuskerngebiet

Siemerling: Zur Anatomie der Augenmuskelkerne.

Vossius: Ueder beiderseitige homonyme Hemianopsie mit Erhaltung eines kleinen Gesichtsfeldes.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XIX. Jahrgang. **1896 December.** Neue Folge VII. Bd.

I. Originalien.

I.

Zur Irrenpflege.

Von Dr. T. BOGDAN in Langenlois (Nieder-Oesterreich).

Die vornehmste Aufgabe der modernen Psychiatrie ist unzweifelhaft das Bestreben, die Behandlung und Pflege der Geisteskranken von den bisherigen doctrinären Schablonen zu befreien und in die Bahnen einer richtig gewürdigten Humanität zu lenken.

Von diesem Grundsatze ausgehend, befassten wir uns zuvörderst mit der Aufgabe, die üblichen Isolirungen aufgeregter Kranker gänzlich aufzuheben oder wenigstens erheblich einzuschränken.

Wir hatten nämlich die Erfahrung gemacht, dass die meisten Isolirungen theils aus geringfügigen Anlässen, theils aus Indolenz und mangelhafter Sachkenntniss seitens der Pflegepersonen ausgeführt werden, und dass solcherart isolirte Kranke erst in der Zelle aufgeregt werden und zu toben anfangen. Diese Behauptung wird folgende in der Klosterneuburger Irrenanstalt gemachte diesbezügliche Aufzeichnung erhärten. Bei einem Krankenstand von 510 wurden täglich auf 6 Isolirabtheilungen ca. 4—6 Kranke isolirt. Schon im zweiten Monate, nach der Einführung des strengsten Verbotes: nur im äussersten Nothfalle zu isoliren, sinkt die Zahl der Isolirungen auf 1—3 täglich und in weiterer Folge, z. B. vom 4. bis zum 7. Monate der Beobachtung, kommen nur vereinzelte, höchstens 2—3 Stunden dauernde Isolirungen vor, und auch diese nur bei Epileptikern in stat. epil.; in 42 Tagen hingegen gar keine.

Wenn auch diese geringen Erfolge an und für sich erfreulich und ermunternd waren, so blieb noch die Hauptaufgabe zu lösen, die bislang

scheinbar unvermeidbaren Isolirungen, namentlich aber die Anwendung narkotischer Beruhigungsmittel bei sehr aufgeregten Kranken, vornehmlich bei äusserst turbulent sich einstellenden epileptischen Anfällen — Dämmerzustände — etc. durch ein weniger schädliches und den humanitären Tendenzen entsprechenderes Beruhigungsmittel zu ersetzen.

Bevor wir von den in dieser Richtung bahnbrechenden Arbeiten Pätz's, Scholz's, Schubert's etc. Kenntniss erlangten, wurden in vorerwähnten Fällen die nassen Einwickelungen mit nachfolgender Bettruhe versucht.

Abgesehen von der umständlichen, manchesmal grobe Ueberwältigung erfordernden Einwickelungsprocedur waren die Erfolge nicht nur fast negativ, sondern auch in vielen Fällen, namentlich bei Epileptikern, mit bedrohlichen Collapserscheinungen verbunden.

Um diesbezüglich ein umfassenderes Erfahrungsmaterial zu sammeln, wurden an die meisten deutschen Irrenanstalten folgende Fragen gestellt: „ob daselbst

1. die nasse Einwickelung überhaupt angewendet wird und in diesem Falle in welcher Weise, in welcher Dauer und mit welchem Erfolge;
2. sind unangenehme, namentlich gefahrdrohende Erscheinungen dabei beobachtet worden?
3. Welche Mittel sonst angewendet werden, um eine Beruhigung aufgeregter Kranker anzustreben?

Die von 28 Irrenanstalten eingelangten Antworten lauten:

In 5 Irrenanstalten werden die nassen Einwickelungen, wie es scheint, systematisch angewendet, in 10 Irrenanstalten gar nicht und in den übrigen Irrenanstalten nur ausnahmsweise bei stuporösen Melancholien, bei heftigen Erregungszuständen etc. Einige Psychiater — Emminghaus, Wernicke etc. — sind davon theils zufolge geringen Erfolges, theils wegen beobachteter unangenehmer Erfahrungen, namentlich bei Herz- und Lungenkranken — ein Paralytiker starb „am dritten Tage der Procedur" — gänzlich abgekommen.

Ausserdem wurden die Einwickelungen von den meisten Kranken als unangenehm empfunden. Tilkowsky schreibt z. B.: „Von orientirten Kranken wurde mir das Unangenehme und Qualvolle dieser Behandlungsart derart geschildert, dass ich schon aus diesem Grunde von nassen Einwickelungen stets absah.

Im Grunde genommen sind nasse Einwickelungen nichts weiteres als verschärfte Zwangsmittel: Auch Pätz sieht in der Applicirung der Einwickelung „eine gewisse Aehnlichkeit mit einem Zwangsmittel".

Die Isolirung aufgeregter Kranker wird in 4 Irrenanstalten regelmässig angewendet. 15 Irrenanstalten führen dies zwar nicht an, doch scheint es höchst wahrscheinlich der Fall zu sein. In den übrigen Anstalten werden Isolirungen nur auf einige Stunden vorgenommen.

In der Irrenanstalt Rybnik wird „isolirt in der Zelle, ausser etwa zur Nachtzeit für chronisch nachts störende und dann meist bei offenen Läden äusserst wenig und, wenn möglich nur für kurze Zeit, höchstens Stunden, und nur auf specielle Anordnung des Arztes. Das Hauptaugen-

merk richten wir darauf, der kommenden Erregung vorbeugend, die Spitze dadurch abzubrechen, dass die Patienten vorher und frühzeitig genug in Bettruhe versetzt werden und lange genug darin bleiben."

Narkotische und hypnotische Mittel — Morphin, Duboisin, Hyoscin, Opium, Scopolamin, Paraldehyd, Chloralhydrat, Brom, Trional, Sulfonal etc. — finden in den meisten Irrenanstalten theils nur „sparsame" und „massvolle" und nur bei chronischen unheilbaren Psychosen, theils ausgiebige Anwendung. Namentlich das Trional wird als vorzügliches Hypnoticum hervorgehoben.

Prolongirte Bäder von 32—37° C. und in der Dauer von $^1/_2$ - 2 Stunden werden in 11 Irrenanstalten als Beruhigungsmittel mit stets gutem Erfolg herangezogen.

Die systematische Bettbehandlung — Bettruhe — bei aufgeregten Kranken findet in 9 Irrenanstalten „mit Vorliebe" und als souveränes Mittel Anwendung.

Ausserdem werden von einigen Irrenanstalten theils als wohlthuende Ablenkung, theils als Beruhigungs- und Heilmittel die Heranziehung der Kranken, „auch der Unruhigen", zu landwirthschaftlichen Arbeiten etc., beziehungsweise eine kräftige Ernährung — Mastkur — angeführt.

Als werthvolles Beruhigungsmittel führt Pætz nebst anderem die Elimination aller Darmreize durch ausgiebige Anwendung prophylactischer Eingiessungen an.

In einer Irrenanstalt werden die unreinen, zerstörungssüchtigen Kranken in Seegras gesetzt. (!)

Die erhaltenen Resultate resumirend, erfahren wir, dass die Irrenbehandlung in neuester Zeit einen merklichen Fortschritt im Sinne der anfangs erwähnten Tendenz aufweist. Namentlich die Einführung der Bettruhe und der prolongirten Bäder als Beruhigungsmittel verdient viele Beachtung. Nichtsdestoweniger werden noch allenthalben die bisher üblichen Zwangsmittel, wie Isolirung, Narcotica etc. angewendet.

Unserem Bestreben getreu, trachteten wir demnach auf Grund der gewonnenen Erfahrung dahin, die oben angeführten Zwangsmittel aus der Irrenbehandlung gänzlich zu eliminiren.

Die in der Klosterneuburger Irrenanstalt angestrebte Abschaffung der Isolirung wurde in der hiesigen Anstalt dadurch erreicht, dass sämmtliche Zellen in den Isolirräumen der Anstalt, je nach Rauminhalt, mit 2 bis 4 Betten belegt wurden, wodurch sie, den ursprünglichen Character verlierend, nunmehr, in Ermangelung eines sogenannten Wachsaales, in der hiesigen Anstalt als Wach-, Schlaf- und Krankenzimmer Verwendung finden.

Es sei noch bemerkt, dass die Zellenthüren, wenn die Kranken in den Zellen liegen, stets offen bleiben.

Die aufgeregten Kranken werden zunächst zu Bette gebracht. Wollen sie nicht im Bette verbleiben, so erhalten sie ein 2- bis 3stündiges Vollbad, welches durch continuirliches Zufliessen warmen Wassers beständig auf 35° C. erhalten wird.

Nach dem Bade kommen die Kranken in's Bett und ein wohlthuender, ruhiger Schlaf beschliesst die Erregungsphase, was näher zu erklären wohl müssig wäre.

Allerdings ereignet es sich bisweilen, dass die Kranken nach einem 4—5stündigen Schlafe wieder aufgeregt werden, in welchem Falle sie wieder in's Bad gebracht werden müssen. Es sei gleich hier bemerkt, dass wir in Folge zu oft, namentlich nach einander angewendeter Bäder noch niemals üble Zustände beobachtet haben, vielmehr waren die Kranken Tage hindurch ruhig und verblieben gern im Bette.

Die vielfach geäusserte Anschauung, dass die Kranken in der Bettbehandlung in ihrer Ernährung leiden, theilen wir durchaus nicht. Wir hatten sowohl in der Klosterneuburger als in der hiesigen Anstalt mitunter auffallende Gewichtszunahmen beobachten können.

Als Beleg für unsere Behauptung führen wir die Aufzeichnungen Krayatsch's an, wonach in der Klerling-Gugginger Irrenanstalt Gewichtszunahmen bis zu 5 kg verzeichnet wurden, Gewichtsabnahme hingegen gar keine. Bei tobsüchtigen und sich heftig wehrenden Kranken, entgegen dem Vorschlage Scholz's, ziehen wir es vor, von der Schutzjacke Gebrauch zu machen, welche fast in allen Fällen, sobald die Kranken in der Wanne sitzen, abgenommen werden kann.

Man wird vielleicht einwenden, dass die Anwendung der Schutzjacke in den erwähnten, wenn auch seltenen Fällen, immerhin einen Zwang involvire. Angenommen doch nicht zugegeben, fragen wir, ob das mehrere Stunden, ja sogar Tage und Nächte andauernde Toben zumeist nackter Patienten in einer nichts weniger als menschenwürdigen Behausung, Zelle genannt, oder die Injection scharfer Gifte, wie Hyoscin etc. oder die Einwickelung geringeren Beigeschmack eines Zwangsmittels an sich haben?

Uebrigens erlauben wir uns, eine diesbezügliche, sehr treffende Bemerkung Tilkowsky's anzuführen: „Ist eine Beschränkung unumgänglich nothwendig, so scheue ich mich nicht, dieselbe anzuwenden und mit dem wahren Namen zu bezeichnen. Es wird trotz Hochhaltung des Norestraint-Systems immer Fälle geben, wo eine mechanische Beschränkung nothwendig ist. Dr. Schüle in Illenau sagte mir vor einigen Jahren diesbezüglich wörtlich: Das Wohl der Kranken geht vor der Marotte des Arztes. Jedenfalls ist aber die Beschränkung mit der Jacke, ja selbst mit der Gurte weniger eingreifend als eine nasse Einwicklung."

Ein ausgezeichnetes, wir möchten fast sagen ein Specificum bei Epilepsie fanden wir in dem von Bechterew angegebenen Mittel: Adonis vernalis 2.0 bis 3.75 auf 180.0 Colatur mit 7.5 bis 11.25 Brom, täglich 4—8 Esslöffel).

Die von Bechterew mit dem Mittel beabsichtigte Wirkung, „mit der Erhöhung des Blutdruckes die Gefässlumina zu verengern", scheint die epileptischen Anfälle in überraschender Weise zu beeinflussen. Die fast täglich sich einstellenden Anfälle wurden an Frequenz bedeutend geringer, in manchen Fällen blieben sie sogar Monate aus, die Intensität derselben war entschieden eine schwächere, so dass das Mittel für lange Zeit ausgesetzt werden konnte. Zudem blieben die Kranken trotz langandauernden Gebrauches des Mittels von den lästigen Bromacnen und sonstigen Nebenwirkungen verschont.

Gleich gute Erfolge erzielten auch A, Lui und Guicciardi. Ersterer konnte „theils Suspension, theils Minderung der Dauer und Intensität der

Anfälle" beobachten. Letzterer „Fehlen der Nebenwirkungen, geringeren Bromismus"; das Mittel kann ohne Nachtheil lange Zeit hindurch gegeben werden; es hat dieselben Indicationen wie Brom, verdient aber vor einfachen Bromalkalien-Lösungen den Vorzug, wenn eine allgemeine oder Herzschwäche zu heben ist.

Nicht minder vorzügliche Dienste leistet dasselbe als Beruhigungsmittel, 3—6 Esslöffel im Tage, namentlich vor Schlafengehen verabreicht, bei allerlei mit motorischen Unruhen und Schlaflosigkeit einhergehenden Geistesstörungen, namentlich bei Paralytikern im Endstadium. Zur wesentlichen Unterstützung des Mittels werden diese Kranken in Gitterbetten gebracht.

Ein bisher grosser Uebelstand in der Irrenpflege: die Verunreinigung der Kranken mit Koth, wurde durch täglich zur bestimmten Zeit angewendete Darmirrigation vollkommen behoben. Die Bettnässer werden zu bestimmten Stunden sowohl beim Tage als auch bei der Nacht auf den Abort oder auf den Leibstuhl geführt, bei den Gelähmten hingegen die nassen Leintücher fleissig gewechselt.

Bei der angewendeten Reinigungsmethode sahen wir die bislang in erschreckende Dimensionen sich ausbreitende Decubitus, auch bei bis zum Skelett abgemagerten Kranken nicht mehr oder nur kaum angedeutet; ein Beweis, dass die Entstehungsursache des Decubitus nicht so sehr der Ernährungsstörung der Gewebe allein, als vielmehr der Verunreinigung zuzuschreiben ist.

Bei Reinhaltung der Kranken war es auch möglich, deren Betten mit Matratzen, bei zweckmässiger Anwendung wasserdichter Stoffe, zu versehen.

Die tägliche Darmirrigation ist nicht allein aus hygienischen Gründen geboten, sondern sie spielt als Prophylacticum nicht nur bei verschiedenen Darm- und Leberkrankheiten eine grosse Rolle, sondern auch bei Psychosen, indem diese durch die gastrointestinalen Intoxicationen wesentlich beeinflusst werden.

Nicht selten beobachtet man, dass Geisteskranke sehr häufig von schleimig-blutigen Diarrhoen befallen werden. Man ist versucht, in den meisten Fällen Dysenterie anzunehmen.

Das Fehlen der characteristischen Stuhlentleerungen und namentlich des Fiebers, ferner in Berücksichtigung der Thatsache, dass die Geisteskranken verhältnissmässig viel Amylacea erhalten, sind die angeführten Erscheinungen nichts anderes als Folgezustände langandauernder Coprostasen.

Die mit Erfolg angewendeten Mittel, wie Darmirrigation, namentlich aber das Calomel, erhärteten zur Genüge unsere diesbezügliche Anschauung, da schon in 1—3 Tagen die mit Blut untermischten Stühle nach einer ausgiebigen Stuhlentleerung behoben erscheinen.

In der systematischen Anwendung der Darmirrigation erblicken wir ferner eine nicht zu unterschätzende humanitäre Einrichtung, wodurch die bislang viel discutirte Frage der Zellenböden und -Wände, ob Seegras oder Holzwolle bei unreinen Kranken zu verwenden wäre, vollkommen überflüssig erscheint.

Einen anderen werthvollen Factor in der Irrenpflege gewannen wir in den in der hiesigen Anstalt eingeführten, an Sonn- und Feiertagen regelmässig stattfindenden, gruppenweisen Ausgängen der Pfleglinge. Abgesehen von der humanen Tendenz, welche diesen Ausgängen innewohnt, bilden sie ein wohlthuendes Beruhigungs- und unter Umständen wirksames Disciplinarmittel.

Wenn wir uns auch dessen bewusst sind, dass die angeführten, gegenwärtig in der hiesigen Anstalt ausschliesslich in Verwendung stehenden therapeutischen und administrativ-technischen Irrenbehandlungsmittel und Methoden manche Mängel aufweisen, die hauptsächlich in den der modernen Irrenpflege durchaus nicht entsprechenden räumlichen Verhältnissen der Anstalt zu suchen sind, so finden wir doch insoferne eine Genugthuung, als wir doch trotz dieser misslichen Verhältnisse das vorgestreckte Ziel, die Abschaffung der Isolirung und Injection, durchzuführen im Stande waren.

Man wird uns vielleicht vorhalten, dass diese Erfolge bei der verhältnissmässig geringen Anzahl der Kranken, namentlich der unruhigen und demnach isolirbedürftigen Elemente in dieser Anstalt unschwer erreichbar waren, und dass unsere Anstalt zumeist sogenannte abgelaufene Fälle beherbergt, so erlauben wir uns zu bemerken, dass abgesehen davon, dass in letzterer Zeit unserer Anstalt auch acute Psychosen zugeführt werden; haben wir unter Anderem bei einer vor einigen Monaten aus einer Irrenanstalt anher übersetzten Patientin, welche in der früheren Anstalt wegen Tobsuchtsanfällen noch kurz vor ihrer Transferirung isolirt werden musste und Hyoscin-Injectionen erhielt, bei unserer Behandlungsmethode keine sonstigen Mittel anwenden müssen. Die Patientin ist wesentlich ruhiger und ein Tobsuchtsanfall wurde bisher nicht beobachtet.

Was nun die abgelaufenen Fälle anlangt, wenn darunter die secundären Schwächezustände verstanden werden, so müssen wir die Ansicht Meynert's und neuerlich Neisser's unentwegt hochhalten, dass diese nicht allzu oft anzutreffen sind.

Jedenfalls aber erfordern auch diese secundären Zustände eine gleiche, wenn nicht unter Umständen sogar eine sorgfältigere Pflege.

Möge nun unsere diesbezügliche Auffassung, namentlich aber unsere Behandlungsweise wie immer beurtheilt werden, wir werden in der vorgezeichneten Richtung weiter schreiten, eingedenk des Ausspruches Näcke's: „Jedenfalls ist cet. par. die Irrenanstalt die beste, die möglichst wenig Narcotica und Hypnotica gebraucht und sie so viel als möglich überflüssig zu machen, muss unser stetes Bestreben sein."

II.

Zum Kapitel von der Arbeit:

(Grohmann'sche Beschäftigungsanstalt für Nervenkranke Hegibach-Zürich.)

Von Professor A. FOREL (Zürich).

Die letzte Arbeit von Möbius über die „Behandlung von Nervenkranken und die Errichtung von Nervenheilanstalten", in welcher er mit

vollem Recht die Beschäftigung mit manuellen Arbeiten empfiehlt, veranlasst mich, darauf hinzuweisen, dass ich schon seit vielen Jahren das grösste Gewicht darauf gelegt und Herrn Ingenieur Grohmann in Zürich ermuthigt habe, seine bezügliche Beschäftigungsanstalt ins Leben zu rufen, welche nun schon einige Jahre mit besten Heilerfolgen functionirt, jedoch auffallender Weise von den Aerzten ungemein vernachlässigt wird, obschon Herr Grohmann sich durch Hingabe, Geschick und Uneigennützigkeit auszeichnet und obwohl seine Resultate recht befriedigende sind. —

Die Hauptgründe, die als leitende Gedanken für die Sache sprechen, sind die alt bekannten Erfahrungen:

1. Dass in Irrenanstalten das Nichtsthun geradezu krank macht, die Arbeit dagegen überraschend bessernd auf die Kranken wirkt, dass aber nicht alle Arbeiten darin gleichwerthig sind. Am besten wirken diejenigen Arbeiten, welche die Muskeln stärken, anstrengen, zugleich aber ein nützliches, interessantes Ziel verfolgen, einfach sind und Abwechslung bieten. Also in erster Linie Landwirthschaft, Gartenarbeit, Schreinerarbeit etc. Am unzweckmässigsten sind die minutiösen, continuirlichen, gleichmässigen Handarbeiten, die so zu sagen keine Muskelthätigkeit und keine Denkthätigkeit erfordern, wie Stricken, Häckeln und dergl., obwohl sie noch besser sind, als absolute Faullenzerei, weil sie wenigstens von schädlichen Thätigkeiten abhalten.

Das kommt nach meiner innigsten Ueberzeugung daher, dass stärkere, einfache und zugleich wechselnde Aufmerksamkeit bedingende Arbeiten (die Abwechslung fordert die geordnete, plastische Hirnthätigkeit heraus) eine intensive Ablenkung pathologischer Hirnthätigkeiten (Ablenkung des Neurokyms) auf nützliche, natürliche, in der alten Phylogenese des Menschen tief normal begründete motorische Thätigkeiten des Gehirns bewirken. —

Wenn wir diese einfache Ueberlegung machen, die sehr positiven Thatsachen entspricht, begreifen wir, wo der Fehler des Ergostates von Gärtner und aller pedantischen Muskelübungen (Hanteln u. s. f.) für Nerven- und Geisteskranke liegt. Es handelt sich ja nicht darum, die Muskeln zu stärken, sondern die Gehirnthätigkeit intensiv auf normale Bahnen zu lenken. Dazu ist aber nothwendig, dass die Aufmerksamkeit durch Interesse geweckt wird. Bei einem kranken Gehirne darf jedoch dieses Interesse nicht auf schwierige und complicirte Hirnarbeiten, die zu sehr ermüdend und verwirrend wirken, gelenkt werden. Daher sind z. B. philosophische und mathematische Studien schädlich, und blödsinnige automatische Muskelbewegungen nutzlos, die ersten, weil sie zu complicirt und nicht atavistisch normal sind, auch sehr leicht Wahnideen und dergl. unterstützen können; die zweiten, weil sie nicht im Stande sind, die Aufmerksamkeit durch Interesse und Abwechslung zu fesseln, so dass der Kranke dabei weiter spinnt und grübelt. Auch muss ein Zweck damit verbunden sein, da zwecklose Arbeit erschöpft.

Dies sind die Hauptüberlegungen, die mich bei der Sache geleitet haben. —

2. Dass die Höflichkeits- und Rücksichtshalber sog. „Nervenkrankheiten“ in der Regel wenigstens, nichts anderes sind, als functionelle Störungen des Gehirns, bei welchen die peripheren Nerven und die untergeordneten

Reflexcentren nicht viel mehr als die Muskeln, die Haut und die Knochen, d. h. nur in ganz untergeordneter Weise betheiligt sind. Aus diesem Grunde gilt für dieselben der gleiche Grundsatz und zwar in erhöhtem Maasse, da leider bei schweren Geisteskrankheiten meistens nicht viel mehr als eine Besserung des Verhaltens, in den wenigsten Fällen eine Heilung erzielt werden kann. Sehr viel dagegen kann bei „Nervenkrankheiten", vor Allem bei den sogenannten „Neurasthenien" (Encephalasthenien) erzielt werden, wenn man statt der üblichen Kaltwasser- und Electricitäts-Curen die Kranken dazu bringen kann — ich möchte sagen, zu einer atavistisch-normalen Menschenthätigkeit zu bequemen, und, in sehr vielen Fällen wenigstens, in entsprechender Weise ihren Lebensberuf zu ändern. —

Aber man steht vor einem Berge von Vorurtheilen und sehr oft Menschen gegenüber, die unpractisch und höchst ungeschickt mit ihren Händen sind oder am liebsten sich mit abstracten theoretischen Gegenständen beschäftigen. Es ist daher absolut nothwendig, dass solche Leute zunächst eine practische Lehrzeit durchmachen, in welcher sie sich technisch beschäftigen: Landwirthschaft, Gärtnerei, Tischlerei und dergleichen, indem sie ihre Gehirnthätigkeit vom Abstracten zum Concreten abzulenken lernen. Diese Lehrzeit ist zugleich die Hauptcur. —

Darin hat Herr Grohmann durch seine Erfindungsgabe und sein Geschick sich recht verdient gemacht.

Die Erfahrung lehrt aber, wie ungemein widerspenstig, einsichtslos und unverständig die meisten der Nerven- bis halb Geisteskranken sind. Erstens mögen sie nicht mit ihren Händen arbeiten und es gehört eine grosse Geduld, sie dazu zu bringen. Der Eine ist zu vornehm, der Andere zu faul, der Dritte hat keine Geduld, der Vierte erschrickt, wenn seine Muskeln ihm etwas weh thun u. s. f. — Aber noch andere Schwierigkeiten höchst einfältiger Art kommen vor. Kaum hat ein Kranker gelernt, eine Arbeit dürftig zu verrichten, so kommt er schon mit Lohnansprüchen und meint, was er alles Grossartige schon verdiene, oder bildet sich ein, man wolle seine Arbeitskräfte gar ausnützen oder missbrauchen. Endlich, und nicht am wenigsten störend sind die Intriguanten, Hysterischen und die pathologischen Schwindler und Lügner beider Geschlechter, welche nichts Besseres zu thun wissen, als ihre Wohlthäter zu verlästern und zu verleumden, was ja jeder Nerven- und Irrenarzt zur Genüge kennt, bei einer solchen Anstalt aber doppelt fatal und störend ist. —

Der Zweck dieser wenigen Zeilen ist, meine verehrten Herren Collegen der Nervenheilkunde auf das Institut Grohmann und auf die ganze Sache überhaupt aufmerksam zu machen. Es ist immer sehr schwierig, eine neue Idee in die Praxis zu übersetzen. Der Anfang ist hart und dornig. Die Vorurtheile und das Misstrauen häufen sich. Wer wird es wagen, ein solches Unternehmen in grossem Style ohne gesammelte kleinere Erfahrungen zu beginnen! Herr Grohmann hat im Kleinen begonnen. Er hat seine Arbeiten für Winter und Sommer recht zweckmässig eingetheilt. Wir würden es tief bedauern, wenn der Mangel an Zuspruch von Seiten der Aerzte und der am meisten interessirten Kranken ihn schliesslich ganz entmuthigen würde; denn bei aller Uneigennützigkeit und Aufopferung muss

der Mensch doch noch sich und seine Familie erhalten und darf nicht Alles einer Idee opfern.

Nur einen Fall zur Illustration:

Ich hatte ein schwer hysterisches Mädchen, die Tochter höchst gebildeter Eltern (eines bekannten gelehrten Vaters), früher hypnotisch behandelt und von ihren Störungen befreit. Später (1891) recidivirte sie, und dieses Mal gelang es mir nicht, alle schweren, ja sehr bedenklich erscheinenden Lähmungserscheinungen u. s. w. mit Suggestion zu beseitigen. Ich schlug dem Vater vor, alle Klassenvorurtheile bei Seite zu schaffen und das Fräulein auf dem Lande einem Bauern zur landwirthschaftlichen Arbeit zu übergeben; die Kranke war einverstanden, die Mutter schluchzte, die Sache wurde beschlossen. Es war im September 1891. Nach 2 3 Monaten war die Kranke vollständig gesund und ist es bis heute geblieben Damals existirte Grohmann's Institut noch nicht, aber dieser Fall und ähnliche frühere Fälle bestärkten mich in der oben entwickelten Ansicht immer mehr.

II. Referate und Kritiken.

A. Anatomie und Physiologie.

538) **Josef Starlinger**: Die Durchschneidung beider Pyramiden beim Hunde.
(Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie Bd. XV, H. 1.)

Ohne auf die Technik der Versuche näher einzugehen, welche im Originale nachgelesen werden müssen, seien hier die Resultate dieser wichtigen Arbeit hervorgehoben:

a) Es lässt sich aus den Durchschneidungsversuchen nicht ersehen, welche Functionen den Pyramiden beim Hunde zufallen, da die unter allen Cautelen operirten Thiere keinerlei Ausfallserscheinungen darboten, die auf das Fehlen der Pyramiden hinwiesen.

b) Die Versuche ergaben mit Bestimmtheit, dass beim Hunde eine zweite motorische Bahn von der Rinde ausgehen muss, die nicht durch die Pyramiden hindurchführt, da die Durchschneidung derselben weder motorische Störungen erzeugt, noch sich nach der Operation Lähmungen beobachten lassen wie bei denjenigen Hunden, welchen Goltz die motorischen Zonen exstirpirte.

c) Die Durchschneidung der Pyramiden ruft weder eine Steigerung der Sehnenreflexe noch Contracturen oder eine Steifigkeit in den Extremitäten hervor. —

Es ist klar, dass man die Resultate des Thierexperimentes nicht so ohne Weiteres auf den Menschen anwenden kann, aber diese Versuche fordern doch dazu auf, die herrschende Lehre über die Functionen der Pyramiden beim Menschen einer erneuten Prüfung zu unterziehen.

Behr.

539) Prof. **H. Oppenheim**: Ueber electrische Reizung der ersten Dorsalwurzel beim Menschen.
(Berliner klinische Wochenschrift 1893, Nr. 39.)

Um die Frage zu entscheiden, ob die oculopupillären Fasern ausschliesslich in der ersten Dorsalwurzel enthalten sind, benutzte O. einen

Fall von Schussverletzung des Rückenmarks, bei welchem das zweite bis vierte Dorsalsegment durch Eröffnung des Wirbelcanals freigelegt war, zum Studium der durch Reizung der ersten Dorsalwurzel eintretenden Erscheinungen. Die Reizung der zweiten Dorsalwurzel blieb resultatlos Sobald jedoch die Electrode mit der ersten Dorsalwurzel in Berührung kam, erweiterte sich die Pupille (derselben Seite) ad maximum, um sich nach einigen Secunden wieder zusammenzuziehen; ausserdem traten noch an den Fingern leichte Zuckungen ein. Damit hält O. für nachgewiesen, dass die Innervation des M. dilatator pupillæ im Wesentlichen vom ersten Dorsalnerven besorgt wird. Hoppe.

---

540) **Adolf Wallenberg** (Danzig): Zur Physiologie der spinalen Trigeminuswurzel.

(Neurol. Centralbl. 1896. Nr. 19.)

Die Untersuchungen, welche an Katzen und Kaninchen ausgeführt wurden, stellen Beziehungen zwischen gewissen Theilen der spinalen Trigeminuswurzel und der Sensibilität bestimmter Hautbezirke am Gesicht, der Mund- und Zungenschleimhaut, der Cornea, sowie der Pupillenverengerung fest. Das Nähere muss im Original nachgelesen werden. Hoppe.

---

541) **Spanbock**: Ueber den Einfluss des galvanischen Stromes auf die Reizbarkeit der Hirnrinde.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, Bd. 8, pg. 41 ff.)

Sp. prüft an trepanirten Hunden die Reizbarkeit der Hirnrinde unter normalen Verhältnissen und nachdem er 10 - 15 Minuten lang einen galvanischen Strom durchleitete. Die Prüfung der Reizbarkeit geschah so, dass der eine Pol (K oder A) durch Nadelelectroden auf die Hirnrinde kam, der andere auf die Lumbalgegend angelegt wurde, oder dass nach doppelter Trepanation an symmetrischen Stellen die Durchleitung in querer Richtung stattfand.

Als Electroden benutzte er Pinsel oder kleine knopf- oder plattenförmige Electroden. Die Stromstärke betrug 5 -10 M A. Auch indirecte Galvanisation wurde angewendet. Zur Galvanisation des Gehirns leitete er Querströme durch, wobei die Electroden auf die Schädeldecke aufgesetzt wurden.

a) Für den aufsteigenden Strom fand sich eine gesteigerte Reizbarkeit der Hirnrinde entsprechend der Applicationsstelle der Kathode in der nächsten Zeit nach der Unterbrechung der Stromwirkung. Diese kann auch nach Unterbrechung des Stromes noch eine Zeit lang anwachsen. Bei der Wiederholung der Galvanisation kann eine Reizbarkeitserhöhung ausbleiben, besonders dann, wenn die Folgen des ersten Eingriffes sich noch nicht ganz ausgeglichen haben.

b) Beim absteigenden Strom erweist sich die Reizbarkeit an der Applicationsstelle der Anode als gesunken. Diese Abnahme erreicht gewöhnlich ihre Grenze während der Galvanisation und gleicht sich nach Unterbrechung des Stroms aus, wobei die Reizbarkeit jedoch die Norm nicht übersteigt. Bei Wiederholung erhält man ein ähnliches Resultat, ohne dass eine weitere Abnahme zu constatiren wäre.

c) Wechsel von auf- und absteigenden Strömen: Behandelt man die Rinde, die noch Anzeichen der vorausgegangenen Einwirkung eines aufsteigenden Stromes zeigt, mit absteigendem Strome, so erhält man eine für die Kathodenwirkung characteristische Reizbarkeitsabnahme. Dabei kehrt die Reizbarkeit zur Norm zurück oder übersteigt sogar dieselbe.

Dies die Verhältnisse bei den Längsströmen.

Bei den Querströmen tritt an der Anode eine Abnahme, an der Kathode eine Zunahme der Reizbarkeit ein, und zwar erreichen diese Veränderungen ihre Grenzen während der Stromwirkung. Bei Wiederholung des Versuchs bleiben die Veränderungen dieselben. Bei Wechsel des Stromes tritt auch ein Wechsel der characteristischen Veränderungen in der Reizbarkeit ein.

Lässt man nun den galvanischen Strom auf das nicht entblösste Gehirn durch die knöcherne Decke hindurch einwirken, so tritt weder bei Längsströmen noch bei Querströmen eine Aenderung in der Hirnrinde ein.

Dauber (Würzburg).

---

542) **Lanceraux:** Effets comparés des boissons alcooliques chez l'homme. (Bulletin médical 1895, Nr. 19.)

Die chronische Wirkung des Missbrauchs alcoholischer Getränke auf das Nervensystem ist eine ganz verschiedene, je nachdem Wein resp. Bier oder alcoholische Essenzen, wie Absinth, im Uebermaasse genossen war. den sind.

Die tactile und thermische Sensibilität erfahren bei Alcoholexcess nur geringe Veränderungen, hingegen die Empfindlichkeit gegen Schmerz recht bedeutende Störungen. Während die Getränke mit Essenzen dieselbe aber steigern, vermindern Wein und Alcohol sie oder bringen sie selbst zum Schwinden. Bei den Trinkern von Absinth und ähnlicher Getränke ist der Plantarreflex beträchtlich gesteigert; ein leichtes Kitzeln wird kaum ertragen und das geringste Kneifen an den Beinen, Schenkeln und am Abdomen ruft einen unerträglichen Schmerz hervor, der die Kranken oft zu Schreiausbrüchen zwingt. Die gleichen Erscheinungen, die im Uebrigen stets symmetrisch sind, finden sich, wenn auch weniger ausgesprochen, an den oberen Extremitäten. Ein ganz leiser Druck auf die vordere Bauchwand, die vorzugsweise empfindlich ist, ruft eine Contraction der Muskeln, sowie ein Zurückwerfen des Kopfes und Vorstrecken des Rumpfes (ähnlich wie bei Hysterischen ein Druck auf die Ovarien) hervor. Diese Störungen, die sich auch an der Hinterseite des Rumpfes vorfinden, nehmen von unten nach oben zu an Intensität ab. Bei den Wein- und Alcoholtrinkern hingegen zeigt sich eine Abnahme der Sensibilität an den unteren Partien, dann weiter oben eine hyperästhetische Zone und darüber hinaus normale Haut.

Die subjectiven Sensibilitätsstörungen der Absinthtrinker bestehen in allerhand schmerzhaften Sensationen, die sich in der Bettwärme steigern und hauptsächlich die Enden der Unterextremitäten, sowie die Nachbarschaft der Gelenke treffen. Sie sind nicht selten gefolgt von Neuritiden und Lähmungen der Gliedmassen und auch der Nerven anderer Körpertheile, vor Allem des Nervus opticus und pneumogastricus. Diese Lähmungen, die an

den Unterextremitäten ausgeprägter sind, als an den oberen, beginnen an den Enden und steigen dann aufwärts. Sie sind absolut symmetrisch und verschwinden, wenn sie nur die Extremitäten ergriffen haben, zum Theil, auch wohl ganz, nach Verlauf von einem oder mehrerer Jahre. — Die geschilderten Störungen kommen bei den Wein- und Alcoholtrinkern nicht vor; sie sind specifisch für die Essenzen

Die geistigen Fähigkeiten der Absinthtrinker sind weniger häufig gestört, als man glauben könnte. Der Wein- und Alcoholtrinker ist dem acuten Delirium ausgesetzt, der Trinker alcoholischer Essenzen verfällt hingegen eher in Demenz und sittlichen Defect. **Buschan.**

---

543) **Hermann Frey**: Ueber den Einfluss des Alcohols auf die Muskelermüdung. Aus der medicinischen Klinik von Professor Sahli in Bern. (Basel 1896.)

Die unerschütterliche Erfahrungsthatsache, dass kleine und mittlere Dosen Alcohol einen belebenden und anregenden Einfluss auf das ermüdete Nervensystem ausüben, wird in der vorliegenden Arbeit in einwandfreier Weise experimentell erhärtet Damit wird der übereifrigeg Anti-Alcohol-Bewegung ein schwerer aber verdienter Schlag versetzt und die Stimmen, die mit einer Art von fanatischer Uebertreibung schon die Beseitigung des Alcohols aus dem Arzneischatze fordern, werden verstummen müssen.*) Alle derartigen einseitig übertriebenen Forderungen stehen mit dem obersten Grundsatz rationeller Therapie, dem des Individualisirens, in unlösbarem Widerspruch. Eines schickt sich nicht für Alle; ebenso wenig wie für jeden Kranken kaltes Wasser oder Schlafen bei offenem Fenster passt, ebenso wenig werden wir Isolirzimmer, Morphium und Alcohol entbehren können, und wer des Principes halber auf eine Vertheidigungswaffe verzichtet, der giebt sich eine moralische Blösse und schädigt den, zu dessen Vertheidigung und Hilfe er berufen ist. — Verf. hat durch seine mittels des Mosso'schen Apparates angestellten Untersuchungen den Nachweis geführt, dass der Genuss mässiger Quantitäten alcoholischer Getränke einen nachweisbaren Einfluss auf die Arbeitsleistung der Muskeln hat; dabei hat sich die bemerkenswerthe Thatsache ergeben, dass dieser Einfluss auf den nicht ermüdeten Muskel ein wesentlich anderer ist als der auf den ermüdeten. Darin liegt der grosse Werth dieser Untersuchungen für die Bedeutung des Alcohols als eines therapeutischen Agens. Bei dem nicht ermüdeten Muskel verursacht der Alcohol eine Verminderung der maximalen Einzelleistung in Folge einer Herabsetzung der peripheren Erregbarkeit des Nervensystems; bei dem ermüdeten Muskel steigert dagegen der mässige Alcoholgenuss die Arbeitsleistung bedeutend, indem durch den Alcohol dem Muskel neue Spannkräfte zugeführt werden. Verfasser verdichtet dieses wichtige Experimentalergebniss in den Worten: „der Alcohol hat also auch ernährende Eigenschaften", das wissenschaftliche Correlat des bekannten, aus der Erfahrung geschöpften Bismarck'schen Ausspruches. Die Bedeutung dieses Ergebnisses wird dadurch nicht gemindert, dass, wie Verfasser weiterhin gefunden hat, die grössere Einzelleistung nach Alcohol-

---

*) Vergl. die folgende Arbeit von Binz.

genuss niemals diejenige des nicht ermüdeten Muskels erreicht. Für die wirthschaftliche und therapeutische Praxis bleibt es gleich werthvoll, dass die ausgesprochendste Wirkung schon 1—2 Minuten nach dem Genusse des Alcohols auftritt und längere Zeit anhält, ferner, dass in allen Fällen der Alcohol eine Herabsetzung des Ermüdungsgefühles zur Folge hat und dass die Arbeit dann bedeutend leichter erscheint. Wichtig ist auch das letzte Resultat, das Verfasser so formulirt: Bei mässigem Alcoholgenuss konnten keine ungünstigen Nachwirkungen constatirt werden, welche etwa den durch den Alcohol für den ermüdeten Muskel erzielten Gewinn wieder aufgehoben hätten. Das Alles hat Geltung nur für kleinere und mittlere Gaben; bei grösseren Dosen nehmen die Lähmungserscheinungen proportional zu und treten in den Vordergrund. Es kann keine schwere Aufgabe für den Arzt sein, bei allen Nervenkrankheiten mit einem Ermüdungstypus die richtigen, belebenden und ernährenden Alcoholdosen zu verordnen und eine Ueberschreitung derselben zu verhüten.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, das sei zum Schlusse noch bemerkt, decken sich vollkommen mit dem s. g. biologischen Grundgesetz, welches R. Arndt, H. Schulz und F. Haeppe von ganz verschiedenen Ausgangspunkten her und von einander unabhängig aufgestellt und dahin formulirt haben, dass dasselbe Mittel jenseits eines Indifferenzpunktes in grösseren Mengen auf das lebende Protoplasma lähmend und tödtend, diesseits dagegen reizend und die Leistungen erhöhend wirken kann. Diese Uebereinstimmung kann man von anderen alcoholfeindlichen Untersuchungen nicht behaupten. — Erlenmeyer.

---

544) **Binz**: Ueber die erregenden Wirkungen mässiger Gaben Weingeist. (Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Bonn. Allgemeine Sitzung am 2. November 1896.)

Gegen den unmässigen Genuss weingeistiger Getränke ist seit mehreren Jahren auch in Deutschland eine Bewegung im Gange, die das wärmste Interesse aller Schichten der Bevölkerung und die lebhafteste Förderung besonders seitens der Gebildeten verdient. Die Verwüstungen, die der Branntwein bei allen Trinkern, und die Versumpfung und die schleichenden körperlichen Schädigungen, die das Bier bei vielen seiner Verehrer anrichtet, sind offenkundig. Vom Bier werden im Deutschen Reiche alljährlich auf den Kopf der Bevölkerung je 106 Liter verzehrt, und der Verbrauch ist im Steigen. Da die zahlreichen Personen, die, wie Frauen, Säuglinge und Kinder, kein oder nur wenig Bier trinken, darin mit inbegriffen sind, so erhellt schon daraus, welche bedeutenden Mengen von der Männerwelt vertilgt werden. Die Aerzte in den übermässig biertrinkenden Gegenden und Städten wissen von den körperlichen Folgen zu erzählen; auch in den öconomischen und geistigen Zuständen treten sie zu Tage. Und auch der Wein, obschon wegen des höheren Preises weniger zugänglich, ist besonders in den Gegenden, wo er wächst, nicht selten die Ursache von Siechthum und vorzeitigem Sterben. Jene gegen die Trunksucht gerichtete Bewegung hat nun bei allen ihren Verdiensten und Erfolgen an einer Stelle über das Ziel hinausgeschossen, nämlich in der Beurtheilung des Weingeistes als eines inneren Arzneimittels. Die Erfahrung lehrt seit alter Zeit, und die neuere

wissenschaftliche Beobachtung und Untersuchung bestätigte es wiederholt, dass gute alcoholische Getränke zu unsern wirksamsten Heilmitteln gehören. Sie unterstützen die Ernährung des Kranken, wenn diese aus irgend welchem Grunde nur ungenügend geschehen kann; sie dämpfen seine Fieberhitze und die ihr zu Grunde liegenden Vorgänge, besonders wenn diese fauliger Art sind; und sie erhalten durch gelinde Erregung die Arbeit des Herzens und der Athmungsorgane. wenn diese von dem Verlauf der acuten Erkrankung mit Lähmung bedroht sind. Das sind Wirkungen, die heute durch genaue wissenschaftliche Methoden als klargestellt erscheinen und die in manchen Fällen gradezu als lebenrettend gelten müssen. Man hat eine nach der andern bestritten, allein ohne Erfolg. In neuester Zeit wurden besonders Zweifel laut gegen die erregenden Eigenschaften des Weingeistes. Man sagte, der Weingeist besitze deren überhaupt nicht; alles, was man von solchen zu gewahren glaube, sei nichts anderes als Lähmung gewisser controlirender Apparate unseres Nervensystems, wodurch andere, minderwerthige die Oberhand gewännen; stets herrsche die Lähmung vor. Versuche des Vortragenden an Thieren ergaben für eins der wichtigsten lebenerhaltenden Organe, für den die Athmung leitenden Nervenapparat, die Unhaltbarkeit dieser Behauptung. Die Athmung, gemessen an der durch eine feine Experimentir-Gasuhr streichenden Athemluft, wächst stets unter dem Einflusse kleiner Gaben Weingeist, gleichviel an welcher Stelle des Körpers sie eingeführt werden. Der Vortragende legt die aus den betreffenden Versuchen hervorgegangenen Curven vor. Nunmehr wurde ein anderer Einwand geltend gemacht, um die direct erregende Wirkung kleiner Gaben Weingeist zu verneinen. Es hiess, die Erregung ist allerdings vorhanden, allein sie erstreckt sich nicht unmittelbar auf das Gehirn und seine Ausläufer, sondern sie ist nur die Folge des Reizes, den der Weingeist auf die Schleimhäute ausübt, von denen er aufgenommen wird. Auch das wurde durch eine eigens darauf gerichtete Versuchsanordnung am Menschen und Thier als nicht zutreffend ausgeschlossen. Die erregende Wirkung vorsichtig gewählter Gaben Weingeist tritt auch dann auf, wenn jede Reizung einer Schleimhaut oder einer anderen Gefühlsstelle vollkommen vermieden wird. Die betreffenden Curven werden gezeigt und erläutert. Unterstützt wird diese erregende Wirkung wesentlich durch die Aetherarten, die unsern guten Weinen den bekannten angenehmen Duft verleihen. Dies allein schon weist darauf hin, dass nur das Beste von alcoholischen Getränken am Krankenbette Verwendung finden soll. Wo wie z. B. in England eine Menge fast giftig zu nennender gefälschter Alcoholica im Gebrauche ist, da hat das Widerstreben mancher Aerzte gegen den Weingeist als Arznei eine gewisse Berechtigung und findet darin seine ursächliche Erklärung. Der grösste Theil der Versuche wurde von Herrn K. Wilmanns aus Bremen im Laboratorium des Vortragenden ausgeführt. Sie werden in ihren Einzelheiten im Druck erscheinen.

Erlenmeyer.

---

545) **Stadelmann:** Ueber Schwefelkohlenstoffvergiftung. — Vortrag in der Berliner medicinischen Gesellschaft 17.|VI. 1896.

(Berliner klin. Wochenschr. 1896, Nr 28,)

St. berichtet über 3 Fälle von chronischer Schwefelkohlenstoffvergiftung bei Gummiarbeitern, die in Vulcanisirräumen beschäftigt waren. Die bei den

einzelnen Kranken recht variablen Symptome betrafen vorzugsweise das Centralnervensystem. Es fanden sich neben starken Verdauungsstörungen gedrückte, trübe Stimmung, Schlaflosigkeit, Muskelschwäche, Zittern, Schwäche, Tremor, mehr oder minder starke Ataxie, starke Erhöhung der mechanischen Muskelerregbarkeit, Muskelzuckungen, Seh- und Sensibilitätsstörungen, Romberg'sches Phänomen, veränderte Sehnenreflexe (erhöht oder herabgesetzt oder aufgehoben), Incontinenz der Blase, sexuelle Impotenz.

In der Discussion wies Mendel darauf hin, dass aus seiner Poliklinik mehrere Fälle von Schwefelkohlenstoffvergiftung veröffentlicht worden sind. Dieselben zeigten nach der psychischen Seite fast durchgängig den Zustand der Demenz, der geistigen Schwäche, Verlust des Gedächtnisses, Abnahme der geistigen Kraft. Beim Fernhalten des Giftes trat Besserung ein. — Krönig hat einen später zur Section gekommenen Fall beobachtet, bei dem neben schwerer Anämie und chronischer Nephritis ziemlich starke psychische Depression und Verworrenheit, Romberg'sches Symptom, spastisch-paretischer, mitunter auch atactischer Gang, enorme Muskelschwäche und Gelenkschmerzen bestanden; Sensibilitätsstörungen waren nicht zu constatiren. Die Section ergab macroscopisch nur ausgesprochene Anämie des Brustmarkes.

Hoppe,

B. Nervenheilkunde.

1. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

546) **Haig**: Further observation on the excretion of uric acid in epilepsy and the effects of diet and drugs on the fits.

(Brain. Spring 1896.)

Im Anschluss an eine frühere Arbeit über die Ausscheidung von Harnsäure bei Epilepsie (Neurol. Centralbl. 1888) theilt jetzt Haig seine weiteren Beobachtungen mit. Er sucht die Frage: „Ist die vermehrte Harnsäureausscheidung beim epileptischen Anfall die Ursache oder die Folge dieses Anfalls?“ durch klinische Beobachtung zu lösen. Zunächst stellt er die Verwandtschaft zwischen Migräneanfall und epileptischem Anfall fest. Beide haben Folgendes gemeinsam: Fehlen einer anatomischen Grundlage, das periodische Eintreten, Jahre lange oder lebenslängliche Dauer, gleichzeitiges Vorkommen neben einander oder in Abwechselung mit einander, vorhergehende geringere Harnsäureausscheidung mit gewöhnlich gleichzeitigem subjectivem Wohlbefinden, vermehrte Harnsäureausscheidung während des Anfalls, schlechtes Befinden zur Zeit der Periode bei den Frauen, Besserung während der Schwangerschaft und Verschlimmerung nach der Entbindung, Besserung während einer fieberhaften Affection und Verschlimmerung darnach, Vorhergehen von hohem Blutdruck und unregelmässigem Puls mit Gefühl von Kälte und Taubsein in den Extremitäten, Aehnlichkeit in ihren Beziehungen zu Gicht, Rheumatismus und anderen Harnsäurekrankheiten, Voraufgehen oder Begleitetwerden von subnormalen Temperaturen, Gefolgtwerden von Sinken des Blutdrucks und der Diurese, ihr ähnliches Verhalten zu Dyspepsie und Darmstörungen, gleicher Einfluss des Willens und der Temperaturschwankungen, gleichzeitige mehr oder weniger vollständige Aufhebung der Magendarmverdauung und Absorbtion, gleichzeitige oder nach-

folgende Albuminurie, vorherige deutliche Sehstörungen oder Aufhebung des Sehvermögens, Aehnlichkeit in ihren Beziehungen zur peripheren Neuritis, Verschlimmerung durch Kälte, Verschlimmerung durch Chinin, Eisen und Blei, Besserung durch Nitrite, Säuren, Antipyrin, Beendigung des Anfalls durch Compression der Carotiden, mehr oder weniger vollständige Heilung durch Diät. Haig vergleicht die Migräne mit dem epileptischen Anfall. Beide Anfälle werden hervorgebracht durch eine wellenförmige Vermehrung der Harnsäure im Blut und dadurch verursachte Steigerung des Blutdrucks einhergehende Circulationsstörung im Gehirn. Er hat dabei die Form der Epilepsie im Auge, welche durch Autointoxication entsteht. Haig führt dann einen seiner Fälle als Beispiel an: Ein 2.jähriges Mädchen litt seit dem 14. Jahre an epileptischen Anfällen. Der Urin vor, während und nach dem Anfalle verhielt sich folgendermassen: Vor dem Anfall: Säure 1,0 cc. ($^1/_{10}$ Normalsodalösung), Harnstoff 0,75 $^0/_0$, Harnsäure 0,0336 $^0/_0$; während des Anfalls: Säure 1,2 cc, Harnstoff 1,0 $^0/_0$, Harnsäure 0,06048 $^0/_0$; nach dem Anfall: Säure 7,6 cc, Harnstoff 1,1 $^0/_0$, Harnsäure 0,1008 $^0/_0$.

Zahlreiche Untersuchungen bestätigten immer Vermehrung der Harnsäure während und besonders nach dem Anfall. Es fand sich zugleich, dass, wenn Patient Arzneien wie Jod oder Salicylsäure nahm, welche eine deutliche Reaction im Urin geben, diese Reaction fast vollständig fehlt in dem Urin, der nach dem Anfall gelassen wird. Haig schiebt dieses ebenfalls auf die Wirkung der Harnsäure im Blut, wie desgleichen den Stillstand der Magen- und Darmresorbsion während des Anfalls, sowie das spätere Auftreten der Zerfallsproducte der Darmzersetzung als Oxalate und Sulphate im Urin nach dem Anfall. Haig suchte nun durch Diät die Harnsäure im Blut zu beeinflussen und es gelang ihm, dadurch einen Einfluss auf die Zahl der Anfälle zu gewinnen. Durch Fortlassen des Fleisches und der Fleischpräparate nahm die Zahl der Anfälle ab. Als er Thee gab und davon viel genommen wurde, stieg die Zahl der Anfälle wieder merkwürdiger Weise. Haig fand, dass Coffein, Thein und Theobromin und alle ähnlichen Xanthinstoffe practisch der Harnsäure gleichwerthig sind. Sie wirken, als wenn Harnsäure innerlich genommen würde. Nach Fortlassen des Thees sank wieder die Zahl der Anfälle. Schliesslich blieben sie ganz aus. Haig sagt zum Schluss: Diese fleisch- und thee- etc. lose Diät muss bei Migräne und Epilepsie angewendet werden; sie wird dann in vielen Fällen nützen und Heilung bringen. Ref. bestätigt das auf Grund seiner mehrjährigen Erfahrungen bei diesen beiden Krankheiten, zu welchen er durch Lectüre vegetarischer Schriften gekommen ist, ohne sich bisher die auffallende Wirkung der fleisch-, thee- u. s. w. und überdies auch alcoholfreien Diät bei manchen der Fälle erklären zu können.

R. Wichmann.

---

547) **Henry J. Berkley**: Studies on the lesions produced by the action of certain poisons on the cortical nerve cell. I. Alcohol.

(Brain. Winter 1895.)

Berkley hat an Kaninchen, die von klein auf systematisch mit Alcohol gefüttert wurden, die Veränderungen durch den Alcohol an den Gehirnzellen studirt und zwar mittelst einer von ihm etwas modificirten Golgi-Cajalmethode. Er fand zunächst Veränderungen an den Blutgefässen und

besonders den Gefässkernen. Die Grosshirnzellen zeigten starke Degeneration, besonders in der Rinde die Zellen der äusseren Schicht und die langen Pyramidenzellen. Interessant sind die Veränderungen an den Protoplasmafortsätzen. Sie zeigen knollenförmige Auftreibungen. So entstehen Bilder, die B. vergleicht mit Pflanzenstengeln, die durch Gallwespen gestochen sind. Die seitlichen Verästelungen gehen zu Grunde und fehlen mitunter ganz. Die Nuclei sind selten zu sehen. An ihrer Stelle befindet sich eine Vacuole. An den Axencylindern der Zellen der Grosshirnrinde wurden keine Veränderungen gefunden. Die Zellen des Kleinhirns zeigten die nämlichen Veränderungen. Auch der Stamm der Dendriten degenerirt hier. Besonders an den Purkinje'schen Zellen sind die Veränderungen deutlich. An der Zwischensubstanz konnten keine Veränderungen gefunden werden. Berkley hat die nämlichen Veränderungen bei Alcoholgehirnen des Menschen gefunden und wird darüber in einem zweiten Aufsatz berichten.

Wichmann.

548) **Wagner von Jauregg:** Ueber Psychosen auf Grund gastrointestinaler Autointoxication.

(Wiener klinische Wochenschrift 1896, 1[illegible].)

Die Thatsache, dass wir bei acuten Psychosen oft gastrointestinale Störungen constatiren, liess den Verfasser vermuthen, dass es sich in diesen Fällen oft um einen abnormen Verdauungsmechanismus handelt, der in Folge gastrointestinaler Autointoxication die Psychose hervorruft. Diese Stoffwechselanomalie zeigt sich durch das Auftreten von Aceton, Diacetessigsäure und Oxybuttersäure im Urin an. Wahrscheinlich komme diesen Stoffen, vor allen Dingen dem Aceton, nicht die specifische Giftwirkung zu; es bestehe aber Grund zu der Annahme, dass ausser diesen Körpern noch andere Stoffe, die giftig wirken, gebildet werden, dass diese aber nie ohne gleichzeitige Acetonurie auftreten. Es würde somit dem Aceton die Rolle eines Index dafür zukommen, dass im Organismus eine Stoffwechselanomalie besteht, in deren höheren Graden giftige Stoffe gebildet werden und schwere Symptome, vor Allem nervöser Natur, zu folgen pflegen. Die Beobachtung von v. Jaksch, dass das Auftreten von Aceton im Urin in mehreren Fällen mit dem Ausbruche einer acuten postfebrilen Geistesstörung zusammenfiel, konnte der Verfasser wiederholt bestätigen. Er fand Acetonurie bei aufgeregten Formen der Amentia, sowie einigen depressiven Formen, im Delirium alcoholicum und im postepileptischen Delir. Die Fälle von Acetonurie während der Abstinenz schliesst der Verfasser von seiner Betrachtung aus, wenn er auch geneigt ist, dieselben auf die gleiche Ursache zurückzuführen. Die Behandlungsweise des Verfassers, in Fällen nachgewiesener Acetonurie durch Calomel oder Jodoform zunächst eine Desinfection und folgende Entleerung des Darmkanals zu erzielen, erwies sich äusserst günstig und bestätigte ihn in der Auffassung der Störung der Darmfunction als Ursache der Acetonbildung und der Psychose. Verfasser constatirte mehrere Male rasche Heilung der Psychose, oft Coupirung derselben, fast immer eine günstige Beeinflussung des Verlaufs.

Verfasser ist der Ansicht, dass den gastrointestinalen Autointoxicationen eine viel grössere Rolle bei der Entstehung der Psychosen zukomme, als man bisher annimmt. Er erinnert noch an einen gewissen Parallelis-

mus zwischen Indicanausscheidung (Folge vermehrter Eiweissfäulniss im Darm) und psychischen Störungen. Auch diese Thatsache kann uns bei der Behandlung gewisser Psychosen einen werthvollen Fingerzeig geben. Zum Schluss giebt Verfasser einige Krankheitsgeschichten.

Lehmann (Werneck);

---

549) **Johansen** (Kiel). Beitrag zur Polyneuritis in graviditate.
(Münch. medic. Wochenschr Nr. 28.)

Die bisherige Annahme, dass Hyperemesis in der Aetiologie der Polyneuritis in graviditate eine Rolle spielt, wird durch den geschilderten Fall in Frage gestellt.

J. glaubt, dass beide Erkrankungen Coeffecte einer Autointoxication des Organismus seien.

Da die Prognose der Polyneuritis sich mit der Fortdauer der Schwangerschaft stetig verschlechtert, so will J. jenes Leiden unter die Anzeigen zur sofortigen künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft aufgenommen wissen.

Blachian (Werneck).

---

350) **J. Tussau** (Macon): De l'jodoformisme chirurgical.
(Semaine méd, Bd. 16, S 446.)

Ausser in den schon bekannten Erscheinungen des Jodismus äussert sich die Jodoformintoxication in Folge von Resorption aus Wunden noch in einem Symptomencomplex, der bisher den Beobachtern entgangen zu sein scheint und von T. im Gegensatz zu jenem Krankheitsbilde als Jodoformismus bezeichnet wird.

Seinen Erfahrungen zufolge äussert sich der chirurgische Jodoformismus für gewöhnlich in 3 Stadien:

a) Nach einer mehr oder minder langen Zeit der Toleranz umgiebt sich die keineswegs mehr eiternde Wunde mit einem entzündlichen Hof. Manchmal entwickelt sich an ihrer Peripherie ein Kranz von Bläschen (herpes jodoformicus). Zu dem gleichen Zeitpunkt treten manchmal am Körper, in loco dolente oder auch anderwärts, Petechien auf, die disseminirt oder teppichartig ausgebreitet stehen. Bei dem Heilungsprocess der Wunde tritt ein Stillstand oder auch eine Verschlimmerung ein.

b) Nachdem die vorstehend geschilderten Erscheinungen eine sehr variable Zeit lang bestanden haben, stellen sich interdigitales Jucken, allgemeiner Pruritus, Bläschen im Verlaufe der collateralen Fingernerven (zona jodoformcia), dann Blasen und diffuse Phlyctänen ein. Eine areoläre oder pseudoerysipelatöse Lymphangitis beginnt die betreffende Extremität zu ergreifen.

c) Wenn man den Jodoformgebrauch nicht einstellt, macht diese Lymphangitis Fortschritte. Der Kranke wird aufgeregt, schlaflos und ein wirklicher phlegmonöser Zustand mit Allgemeinreaction tritt auf. Das celluläre Gewebe kann brandig werden; Necrosen des Binde-, Knorpel- und Knochengewebes können ein ganzes Glied und selbst das Leben bedrohen.

Der geschilderte Symptomencomplex stellt sich nur ein, wenn die Resorption von einer Wunde aus vor sich geht; bei Bepudern von Schleimhäuten bleibt er aus.

Was die Pathogenie anbetrifft, so fasst Verfasser den Vorgang als eine localisirte oder generalisirte Reflex-Neurodermitis (Reflex-Polyneuritis) auf. Auf die gleiche Weise erklären de Mussy und Rendu die Intercostal-Zona der Tuberculösen. Buschan.

---

551) **A. v. Strümpell** (Erlangen): Zur Pathologie der multiplen Sclerose. (Neurol. Centralbl. 1896, Nr. 2.)

S. kann nach seinen Erfahrungen weder den Zusammenhang der multiplen Sclerose mit acuten Infectionskrankheiten (Marie), noch den mit toxischen Einflüssen (Oppenheim) für richtig anerkennen. Auch glaubt S. nicht, dass diese Krankheit vom Gefässsystem ausgeht, er ist vielmehr der Ansicht, dass es sich überhaupt nicht um eine exogene, sondern um eine endogene, congenitale Erkrankung handelt, wozu ihn besonders die Beobachtung des Zusammenvorkommens mit Hydromyelie und centraler Gliose geführt hat. Dafür spreche auch, dass die Krankheit meist im jugendlichen Alter auftrete, die ersten Anfänge sich sogar manchmal bis ins Kindesalter zurückverfolgen lassen, sowie dass der krankhafte Process die Axencylinder lange Zeit verschont, während bei allen exogenen Krankheiten zuerst die Nervenzellen oder die Axencylinder beeinträchtigt werden. S. vermuthet, dass die multiple Sclerose ihren Ausgangspunkt in der Neuroglia nimmt (multiple Gliose). Exogene Schädlichkeiten können allerdings wie bei anderen endogenen Krankheiten den Ausbruch veranlassen.

Nach den Erfahrungen des Verfassers ist die Bewegungsstörung bei der multiplen Sclerose nicht ein „Intentionszittern", sondern sie unterscheidet sich in den meisten Fällen nicht von dem, was man als Ataxie bezeichnet. Als auffällig erwähnt S. noch das häufige Fehlen der Bauchdeckenreflexe (in 67 % von 24 Kranken, während dieselben unter 185 gesunden Personen nur bei 13,5 % fehlten). Hoppe.

---

552) **Pick**: Myomatöse Wucherung an den weichen Häuten des menschlichen Rückenmarks.
(Sonderabdruck aus der Prager medicinischen Wochenschrift 1895.)

Analog der Entwicklung von Hautmyomen, welche zum Theil aus den glatten Muskelfasern der Tunica media der Hautgefässe entstehen, hat Pick auch die Entstehung von Myomen aus den Gefässwandungen des Rückenmarks beobachtet. Am hinteren Lumbalmark zweier 74jähriger Männer, welche an Dementia senilis, Tabes, Syringomyelie gelitten hatten, fanden sich glattmyomatöse Massen mit vorwiegend longitudinaler Bündelrichtung, welche unmittelbar in die Muskelfasern der media, namentlich der hinteren Wurzelarterien übergingen. Die Wucherungen fanden sich weit überwiegend im Bereich der Rückenmarkshüllen und erstreckten sich nur wenig ins Mark hinein. Die Gefässlumina können dabei vollkommen obliteriren. Auch an der Adventitia der ergriffenen Gefässe zeigte sich theilweise starke Vermehrung der glatten Muskelfasern. Jentsch-Turin.

---

552) E. A. Homén: Die histologischen Veränderungen bei der (experimentellen) secundären Degeneration des Rückenmarks.

(Atlas der pathologischen Histologie des Nervensystems, Lief. VI.)

Die Untersuchungen wurden am Rückenmarke von Hunden angestellt, meist wurde eine Hemisection im unteren Dorsalmark ausgeführt, die Thiere blieben bis 9 Monate nach der Operation am Leben. Die Resultate, die auf drei prachtvollen lithographischen Tafeln zur Anschauung gebracht werden, sind folgende: Die ersten Veränderungen bestehen im Aufquellen einzelner Axencylinder; diese zerfallen dann körnig und verändern ihre tinctoriellen Eigenschaften. Die Veränderungen sind zuerst in den Hintersträngen oberhalb der Continuitätstrennung sichtbar, und zwar schon am 3. Tage nach der Verletzung; die Entartung erstreckt sich gleichzeitig und in gleich hohem Grade über den ganzen Verlauf der betreffenden Fasern. 4—5 Tage nach der Operation sieht man ähnliche Veränderungen auch in den Vorder- und Seitensträngen unterhalb der Continuitätstrennung und wenig später auch in der Kleinhirnseitenstrangbahn und im Gowers'schen Bündel. Allmählich nimmt die Zahl der degenerirenden Nervenfasern zu, nach 15—20 Tagen sind alle Axencylinder, die überhaupt der Degeneration anheimfallen, von dieser betroffen. Der Veränderung der Axencylinder folgt eine solche der Markscheiden auf dem Fuss; es tritt Fragmentirung und Zerfall vom Centrum peripherwärts fortschreitend ein. Nach 10—12 Tagen etwa zeigt sich auch eine Reaction seitens der Neuroglia, bestehend in Karyokinese und Zellproliferation, später stösst man auch auf Corpora amylacea und Zwischenstufen zwischen diesen und entarteten Nervenfasern; die Corpora amylacea sind demgemäss als Umbildungsproducte aus den Resten der degenerirten Fasern aufzufassen. Auch vereinzelte Leucocythen und spärliche Körnchenzellen findet man. Allmählich erfolgt eine sehr langsame Resorption und ein Schwund der entarteten Fasern, sowie eine Verengerung der Neurogliamaschen unter Verdickung der Neuroglia und Kernvermehrung; dabei kommt es allmählich zur Schrumpfung des gesammten degenerirten Gebietes. Cassirer-Berlin.

---

553) A. Pick: Ueber degenerative Veränderungen an den Rückenmarkswurzeln und ihren interspinalen Fortsetzungen in Folge von cerebralen Affectionen.

(Prager medicinische Wochenschrift XXI, Nr. 36 u. 37, 1896.)

In zwei Fällen von Tumor cerebri, einem Fall von multiplen Osteosarcomen des Schädels mit Betheiligung des Cerebrum, einem Fall von Encephalomalacia und Hydrocephalus chron. intern. und einem Fall von diffuser Sclerose des Hirns (Hirnhypertrophie) wurde das Rückenmark hinsichtlich des Bestehens degenerativer Veränderungen in den intramedullären Wurzeln untersucht. Viermal konnte P. die zuerst von C. Mayer gewürdigten Befunde von degenerativen Veränderungen der intramedullären Wurzeln erheben; nur in einem Fall von haselnussgrossem Gliom fehlte eine derartige Degeneration. Bezüglich der Pathogenese dieser Erscheinungen glaubt Verf. namentlich auf Grund des Falles von „Hirnhypertrophie“ es als wahrscheinlich hinstellen zu können, dass der Hirndruck es ist, der sie veranlasst, und nicht, wie Andere annehmen, toxische Producte des Tumors

oder Inanition. Hervorzuheben ist auch noch der Befund von Degeneration der Vorderhornganglienzellen und der vorderen Wurzeln in einem der Tumorfälle. — Die Untersuchungen sind nach Marchi angestellt worden.

Cassirer (Berlin).

554) **Masetti** (Reggio-Emilia): Rückenmarksveränderung bei experimenteller chronischer Antipyrin-Vergiftung. (Alterazioni del midollo spinale nell' avvelenamento cronico sperimentale per antipirina.)

(Rivista sperimentale di freniatria 1895, Bd. 21, S. 668—677)

Hunde, die mehrere Monate lang täglich wachsende Dosen Antipyrin bis zu 10 Gramm erhalten, sterben bald, nachdem diese Dose erreicht ist, unter Abmagerung und Lähmung der hinteren Körperhälfte. Bald nach Beginn der Versuche erlöschen die Reflexe, später wird der Gang unsicher und spastisch. Anatomisch fand sich eine degenerative, von M. als „primär" angesprochene, am besten mit Alauncarmin nachweisbare Degeneration der gekreuzten Pyramiden (vom 4. n. cervic. aus nachweisbar) und der Hinterstränge. Die Axencylinder erscheinen gebläht, die Markscheiden blassroth gefärbt.

Kurella.

555) **De Sanctis** (Rom): Der Nucleus funiculi teretis. (Richerche anatomiche sul nucl. f. ter.)

(Rivista sperimentale di freniatria 1895, Bd. 21, S. 547—580.)

Mehrere pathologische Bulbi und fötale Gehirne vom Menschen, sowie einige Hunde bilden das Material des Autors. Er stellt schliesslich die öfters behaupteten Beziehungen des Kerns zu besser bekannten bulbären Kernen in Frage und beschreibt einen distalen Antheil des Kerns als phylogenetisch jüngeren Erwerb. Seine Arbeit hat ihn in eine Polemik mit Staderini verwickelt, deren Ergebnisse die complicirte Frage nicht weiter aufklären.

Kurella.

556) **Amaldi** (Modena): 2 Fälle partieller Kleinhirn-Atrophie. (Due casi di atrofia parziale del cervelletto.)

(Rivista sperimentale di freniatria 1895, Bd. 21, S. 203—249.)

In beiden Fällen handelt es sich um zufällige Befunde bei der Section alter, verblödeter Irrenanstaltsinsassen, bei denen keinerlei motorische Störungen den Gedanken an eine Kleinhirnveränderung erweckt hatten. Die anatomische Untersuchung ist — wie das bei dem heutigen Zustande der Psychiatrie natürlich ist — viel sorgfältiger ausgefallen, als die klinische Beobachtung der beiden Anstalts-Stammgäste; die Ergebnisse jener weichen nicht erheblich von den an zahlreichen bisher untersuchten analogen Fälle ab; einer der Fälle, ein Hydrocephalus, war schwachsichtig und schwerhörig, es fand sich in der linken Kleinhirnhemisphäre ein verkalkter Herd von 2—3 cm Durchmesser. In diesem Falle waren auch die tiefen Reflexe, gleichseitig mit der Kleinhirnläsion gesteigert, das Kniephänomen nicht gesteigert.

Kurella.

2. Specielle Pathologie und Therapie.

a) Peripherische Organe.

557) **Hermann Gessler** (Stuttgart): Eine eigenartige Form von progressiver Muskelatrophie bei Goldpolirerinnen. (Vortrag vom 9. April 1896.) (Württemb. medic. Correspondenzblatt 1896.)

Es handelt sich um eine Beschäftigungsneurose von grossem allgemeinnosologischem Interesse, insofern als Verf. in den beiden von ihm beobachteten und geheilten Fällen den klinischen Beweis für eine vierte Form von Muskelatrophie zu sehen glaubt, die er früher schon auf Grund ausgedehnter experimenteller Studien (vergl. Verfassers Schrift: Die motorische Endplatte und ihre Bedeutung für die periphere Lähmung, München 1885) gewissermassen theoretisch festgelegt hat. Neben der centralen, der neuritischen und der myopathischen Form der Muskelatrophie stellt Verf. noch die vierte Form auf, deren Ursprung in den intermusculären Nerven und der motorischen Terminalfaser zu suchen ist. Die characteristischen Symptome dieser vierten Form von Muskelatrophie sind folgende: Exacte Beschränkung einer weitgehenden Atrophie auf ganz bestimmte Muskelgruppen, keine Tendenz zum Weiterschreiten, Fehlen objectiv nachweisbarer Sensibilitätsstörungen, normales Verhalten der zu den gelähmten Muskeln gehörenden Nervenstämme (die electrische Erregbarkeit für nicht atrophische von denselben versorgte Muskelgebiete ist unverändert, nur die atrophischen reagiren von ihren zugehörigen Nerven aus nicht), complete Entartungsreaction der atrophischen Muskeln, rasche Heilung bei frühzeitiger sachgemässer Behandlung. Letztere besteht in Electrisiren und Strychnininjectionen.

Die Entstehungsursache dieser Form von Muskelatrophie bilden entweder fortgesetzte einseitige Muskelanstrengungen ohne genügende Erholungspausen oder traumatische Einwirkungen; letztere bieten eine weniger günstige Prognose.

Die Beschäftigung der Goldpolirerinnen besteht in der Hauptsache darin, grössere oder kleinere Gegenstände zum Zweck der Reinigung an rotirende Reinigungsapparate zu halten und anzudrücken. Dabei wird der Ellenbogen auf den Tisch gestützt, der Vorderarm gegen den Oberarm gebeugt. Die rechte Hand, welche die Gegenstände fasst, nimmt dabei folgende Stellung ein: Das Handgelenk wird hyperextendirt, die ersten Phalangen der Finger werden gegen die Mittelhandknochen im rechten Winkel gebeugt, die Endphalangen beugen sich gegen die ersten Phalangen, die Finger werden zusammengepresst, der Daumen in leichte Abductionsstellung gebracht und wie der Kleinfinger mit Beugung der Endphalangen opponirt. Um zu verhüten, dass die Gegenstände durch die rotirenden Bürsten aus der Hand geschleudert werden, müssen dieselben besonders fest gefasst werden, wozu je nach der Grösse der Objecte eine stärkere oder schwächere Streckung der Endphalangen bei stärkerer Beugung der zweiten Phalange gegen die erste nothwendig ist. Bei diesen Handbewegungen treten in Thätigkeit die Extensoren des Handgelenks, die Interossei und Lumbricales, sowie die Muskeln des Thenar und Hypothenar, während dem Flexor digit. sublimis und profundus nur eine untergeordnete,

dem Extensor digit. communis aber fast gar keine Rolle zukommt. Dementsprechend findet sich auch die Atrophie auf die erstgenannten Muskeln beschränkt. Da die Interossei und Lumbricales die stärkste Arbeitsleistung zu verrichten haben, nämlich Streckung der Endphalangen, Beugung der ersten Phalangen, Adduction der Finger so ist auch hier die Atrophie am stärksten, während die Kleinfinger- und Daumenballenmuskeln weniger, und die Streckmuskeln des Handgelenkes fast gar nicht betroffen sind.

Zur differentialen Diagnose ist noch Folgendes hervorzuheben: Eine centrale Ursache ist auszuschliessen wegen der Localisation der Atrophie und der Heilung in 2 Monaten. Gegen acute progressive Muskelatrophie spricht das Verhalten der electrischen Erregbarkeit; bei dieser reagiren bekanntlich die atrophischen Muskeln auch vom Nervenstamm aus und zeigen bei directer Reizung galvanische E. R. bei erhaltener faradischer Erregbarkeit, während bei Verfassers Fällen die gelähmten Muskeln vom Nervenstamm aus nicht reagiren, aber bei directer Reizung die typische E. R. der Neuritis zeigen. Periphere Neuritis ist auszuschliessen, weil die Sensibilität objectiv nicht gestört ist und weil an den Nervenstämmen keine Alteration nachweisbar ist. Eine primär myopathische Ursache im Sinne Friedreich's dürfte auch auszuschliessen sein, weil einerseits die entzündliche Myositis auch die nicht angestrengten Muskelgruppen ergriffen hätte, anderseits weil bei solchen Muskelatrophien keine E. R., sondern nur ein Sinken und schliessliches Verschwinden der electrischen Erregbarkeit der Muskeln für beide Stromarten beobachtet wird.

Erlenmeyer.

---

558) **L. v. Frankl-Hochwart:** Ueber Zahnextraction und Facialislähmung
(Sonderabdruck aus der Wiener klinischen Rundschau 1896, Nr. 9.)

Es werden 8 Fälle von Facialislähmung und -Parese mitgetheilt, denen Zahnextractionen und -Fracturen, Paruliden etc. vorausgegangen waren. Da alle sonstigen ätiologischen Schädlichkeiten nach Möglichkeit ausgeschlossen sind, so wird darauf hingewiesen, dass in den beschriebenen Fällen vielleicht ein directer ursächlicher Zusammenhang vorliege. Die Lähmung oder Parese sei dann als toxische (besonders Diplococcen-) Wirkung aufzufassen. Eine gewisse besondere Disposition müsse dabei angenommen werden.

Jentsch.

---

559) **Arthur Sarbó:** Neurologische Beobachtungen.
(Pester med.-chir. Presse, Bd. XXXII, Nr. 42—43. October und November 1896.)

Verfasser theilt eine Reihe von peripheren Lähmungen mit, die in ätiologischer Hinsicht interessant sind.

1. Ulnarislähmung. Der Kranke pflegte bei seiner Arbeit ein Stemmeisen in der rechten Hand zu halten. Alle die kleinen Handmuskeln, die dabei in Thätigkeit traten, zeigen Atrophie und Entartungsreaction. Sensibilität in jeder Hinsicht normal. Keine schmerzhaften Druckpunkte. Linke Hand vollständig gesund.

2. Radialis-Schlaflähmung. Verfasser erwähnt diesen Fall, der sonst nichts Besonderes darbietet, aus dem Grunde, weil der betreffende Kranke vor einigen Monaten eine Lähmung der Strecker des

2.—5. Fingers und eine Anschwellung derselben Hand gehabt haben will. Er nimmt an, dass die Entstehung der jetzigen Radialislähmung ausser durch den Druck während des Schlafes „noch durch die frühere Beschäftigung als Caissonarbeiter im Sinne eines prädisponirenden, schwächenden Einflusses befördert worden ist". Die Sensibilität für Tasteindrücke war in diesem Falle erhalten. Nach 6wöchentlicher galvanischer Behandlung Heilung.

3. Medianuslähmung. Verfasser bringt dieselbe mit einer Infection von einem Daumenballenabscess in Verbindung, den die Kranke vor einigen Monaten hatte. Seitdem verspürte sie eine Schwäche in Hand und Unterarm der entsprechenden Seite. Nervus ulnaris und medianus auf Druck schmerzhaft. Sensibilität der Haut, Gefühl für Tasteindrücke herabgesetzt.

4. Radialislähmung. Vor 2 Tagen gelegentlich seiner Beschäftigung als Kaminfeger Hyperflexion der Hand; am Nachmittage verspürte der Kranke Schmerzen in der Hand, taubes Gefühl etc., Unmöglichkeit die Hand zu strecken. Sensibilität der Finger herabgesetzt, Hyperästhesie der Aussenseite des Hypothenar. Keine andere Ursache als das Trauma (Zerrung der Extensoren) ist ausfindig zu machen. Am 28. Tage Heilung nach galvanischer Behandlung.

5. und 6. Doppelseitige Radialislähmung bei zwei Schwestern zu gleicher Zeit auftretend. Neurale Muskelatrophie (?). Zwei Schwestern erkälteten sich gemeinsam beim Verlassen eines Ballsaales und machten im Anschluss daran (vor 1 Jahre) eine fieberhafte Krankheit (Influenza?) durch. Seit dieser Zeit sind beide sehr abgemagert. Es besteht in beiden Unterarmen und Händen eine Atrophie der vom Radialis und Medianus versorgten Muskulatur. Beide Nervenstämme auf Druck schmerzhaft; sonst von Seiten des Nervensystems nichts Abnormes. Galvanische und faradische Erregbarkeit verändert.

Das Leiden imponirt als infectiöse Neuritis, gewinnt aber dadurch an Interesse, dass es zwei Schwestern gleichzeitig befallen hat. Verf. erinnert an das, besonders von Hoffmann beschriebene, Krankheitsbild der progressiven Muskelatrophie, ein Leiden, das für gewöhnlich in der Peroneusmuskulatur beginnt, indessen auch in anderen Muskeln seinen Anfang nehmen kann. Ein solcher Fall scheint hier vorzuliegen. Das eine Kriterium der Krankheit, das familiäre Auftreten einer Muskelatrophie, ist vorhanden; über das zweite, die Progressivität, spricht sich der Verfasser noch reservirt aus. Er hat die Kranken seit 6 Monaten nicht mehr gesehen, jedoch gewann er damals den Eindruck, dass der Process nicht nur zum Stillstand gekommen war, sondern sogar auch schon leichte Besserung zeigte.

Buschan.

---

560) **Gérard**: Discussion étiologique sur un cas de sciatique.
(Archives des sciences médicales I, H. 4, 1896, Paris.)

Bei einer 32jährigen Frau, die hereditär nervös belastet ist, in der Jugend hysterische Anfälle und später Gelenkrheumatismus und Pocken hatte, entwickelt sich in der 8. Gravidität eine linksseitige Ischias, die nach 3 Jahren im Anschluss an eine neue Gravidität exacerbirt. Die Untersuchung ergiebt neben den Symptomen einer Ischias sinistra das Bestehen

ausgedehnter Varicen bis zu Daumendicke, besonders am linken Unterschenkel und dem untersten Theil des linken Oberschenkels, im Gebiete der v. saphena interna. Die Schwangerschaft (Druck auf die Organe im kleinen Becken) und die durch diese bedingten Varicen haben die Ischias direct hervorgerufen, der Boden für dieselbe war vorbereitet durch die erwähnten anderen ätiologischen Momente. Cassirer-Berlin.

---

561) **O. Libotte:** Tic douloureux de la face
(Journ. de neurol et d'hypno'., Bd. 1, 1896, S. 463.)

Eine 58 jährige Frau leidet seit 4 Jahren an Gesichtsneuralgie, seit 2 Jahren in solchem Grade, dass sie beständig Tag und Nacht von den Schmerzen in heftiger Weise geplagt wird. Die üblichen internen Mittel (in grosser Anzahl), Revulsiva und Tonica wurden ohne Erfolg versucht, gesunde Zähne extrahirt. Erst durch Franklinisation, verbunden mit Anwendung des constanten Stromes und des faradischen Pinsels wurde ein sichtlicher Nachlass der Erscheinungen erzielt; jedoch nach 11 Tagen war der alte Zustand wiedergekehrt. Verf. begann darauf mit Massage in Form von Percussion (trommlerartige Bewegungen mittelst der Fingerspitzen des 2. und 3. Fingers beider Hände während 20 Minuten) mit passiven und activen Bewegungen der Kiefer, des Halses und Kopfes. Schon nach der ersten Sitzung zeigte sich ein Nachlass der Anzahl und der Heftigkeit der Anfälle; nach 8 Tagen stellten sich dieselben so selten, wie nie seit Jahren, ein. Bald wurden halbe Tage ohne Schmerzen zugebracht, und nach 3 Wochen war die Kranke ganze Tage gänzlich neuralgiefrei. Die Massage wurde daraufhin eingestellt. Innerhalb der nächsten 4 Wochen zeigte sich nur ein kleiner Anfall, darauf aber wieder ein solcher stärkerer Form. Massage während 7 Tagen wiederum aufgenommen. Erneute Besserung, die für die nächsten 14 Tage (bis zur Berichterstattung) anhält.

In der Discussion wurde natürlich auch wieder die Suggestion zur Erklärung des günstigen Erfolges herbeigezogen Buschan.

---

b) Rückenmark und Bulbus.

562) **J. P. Karpeles:** Zwei Fälle von Pseudobulbärparalyse.
(Arbeiten aus dem Institute des Prof. Obersteiner Wien 1896. IV. Heft)

I. Mann von 54 Jahren, starker Trinker. Beginn der Erkrankung mit plötzlicher rechtsseitiger Facialislähmung und Sprachstörung. Besserung. Ein Jahr später erneuter Insult, plötzliche Lähmung des linken unteren Facialis, völliges Unvermögen zu sprechen, zu kauen, zu schlucken. Die Extremitäten bleiben intact. Die bulbären Erscheinungen bessern sich wieder; im Laufe der nächsten zwei Jahre unter wiederholten leichten Insulten Apathie, Demenz, Schlingbeschwerden, Sprachlosigkeit, Krampfweinen Leichte spastische Parese der Extremitäten, keine Atrophie, keine fibrillären Zuckungen. Hochgradige Arteriosclerose. Die anatomische Untersuchung ergiebt eine ganz colossale Erweiterung sämmtlicher Hirnarterien; im Gehirn sehr zahlreiche bis halberbsengrosse Erweichungsherde; in der Capsula int. dextr. u. sin je ein grösserer, im Pons einige kleine Herde. Degeneration der Pyramidenbahnen, Hydrocephalus, Ependymitis. Das Rückenmark (nur das obere Halsmark untersucht) bis auf Degeneration

der Pyramidenstränge normal. Ob die bulbären Symptome nun von den beiden Herden in der inneren Kapsel abhingen, bleibt unentschieden

II. Mann von 63 Jahren, starker Trinker. Beginn mit plötzlicher lähmungsartiger Schwäche; es folgen zahlreiche ähnliche Insulte ohne Bewusstseinsverlust. Im Anschluss an einen solchen nach 2 Jahren plötzlicher Sprachverlust, Schlingbeschwerden, Demenz, Weinerlichkeit, Schwäche der unteren Extremitäten. Die Sprachstörung wird etwas geringer, die Schwäche der Extremitäten, besonders der Beine, wird ohne weiteren Insult grösser, Zunahme der Demenz, die tiefen Reflexe sind namentlich links erhöht. Tod nach $2^1/_2$ Jahren. Section: Arteriosclerose der Gehirnarterien, grösserer Herd links in der Pons-Querfaserung, zahlreiche kleinere Herde im Grosshirn, ein etwas grösserer im vorderen Schenkel der inneren Kapsel, Degeneration der Pyramidenbahnen.

Die Fälle bestätigen die Angabe von Oppenheim-Siemerling, dass bei der arteriosclerotischen Pseudobulbärparalyse meistens, wenn auch manchmal nur microscopisch, kleine Herde im Bulbus gefunden werden.

Cassirer-Berlin.

---

563) **Strümpell:** Ueber asthenische Bulbärparalyse (Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund, Myasthenia gravis pseudoparalytica).

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 8, pg. 16 ff.)

Der ausserordentlich interessante Krankheitsfall verlief genau wie Bilder der progressiven Bulbärparalyse, nur mit dem Unterschiede, dass es sich nicht um dauernde Lähmung in den Kerngebieten des Bulbus handelte, sondern um ausserordentlich leicht eintretende Erschöpfungszustände in den betreffenden Nervengebieten. Nach Ruhe, z. B. am Morgen waren die Nervenfunctionen wenigstens zu Beginn der Beobachtung ganz gut, ermüdeten aber sehr rasch und versagten dann. Diese Ermüdbarkeit wurde immer stärker und steigerte sich zu dauernden Erschöpfungszuständen, denen sich gegen Ende der Krankheit Suffocationsanfälle zugesellten, welche den plötzlichen Exitus herbeiführten. Atrophien wurden nicht beobachtet. Analoge Erscheinungen zeigten sich auch in der übrigen Körpermuskulatur. Zur Zeit der Menses waren die Erscheinungen stärker.

Pathologisch-anatomisch fand sich nichts.

Gröbere anatomische Veränderungen liegen also dem Process nicht zu Grunde. Worin jedoch die vorauszusetzende biologische Veränderung besteht, darüber lassen sich nur Vermuthungen aufstellen. Am nächsten liegt die Annahme einer Intoxication. Als Theilerscheinungen anderer Krankheiten können ähnliche Bilder unter Umständen bei Morbus Basedowii eintreten.

Den Sitz der krankhaften Erscheinungen muss man im motorischen System suchen. Die Prognose ist zweifelhaft.

Strychnin und verschiedene andere Nervina erwiesen sich als vollkommen wirkungslos.

Str. schlägt den Namen asthenische Bulbärparalyse vor, wobei durch das Wort „asthenisch“ ausgedrückt werden soll, dass anatomisch nachweisbare Veränderungen fehlen.

Dauber-Würzburg.

---

564) **v. Bechterew:** Ueber eine durch Verwundung der unteren Abschnitte des verlängerten Markes verursachte Lähmung.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 8. pg. 119 ff.)

v. B. beobachtete einen Kranken, welcher ein Jahr vorher durch einen Schrotschuss aus grosser Nähe in der linken Nackengegend verwundet worden war. Nachdem der erste Shok vorüber und etwa ein Jahr nach der Verwundung verflossen war, hatten bestanden oder bestanden noch ausser einer ganzen Reihe subjectiver Erscheinungen folgende objective Befunde:

1. An der ganzen linken Körperhälfte, mit Ausnahme des Gesichts, eine vorübergehende Parese der Bewegungen, Schmerz- und Temperaturanästhesie und starke Abstumpfung der Tast- und Druckempfindlichkeit bei erhaltenem Muskelgefühl.
2. An der ganzen rechten Körperhälfte, mit Ausnahme des Gesichtes, ursprünglich vollkommene Lähmung und mit der Zeit nur Parese der Bewegungen, äusserst ausgesprochene Abstumpfung der Tast- und Druckempfindlichkeit mit Verlust des Muskelgefühls
3. An der rechten Gesichtshälfte, hauptsächlich im Verbreitungsgebiet der oberen 2 Trigeminuszweige, Anästhesie aller Arten der Empfindlichkeit.
4. An der Seite der Anästhesie des Gesichts ist die Function der speciellen Sinnesorgane: des Gesichts, Gehörs, Geschmacks und des Riechvermögens merklich abgestumpft.

Gegen die Annahme einer traumatischen Neurose sprachen die fehlenden Klagen über allgemeine Erschlaffung, Schwindelempfindung, Druck im Kopfe, Schlaf- und Appetitlosigkeit, Herzklopfen, Gefühl einer inneren Unruhe oder Beklemmung und Niedergeschlagenheit, sowie bei der motorischen Lähmung die langsame Wiederherstellung, die Entwicklung der Muskelatrophie und der electrischen Reaction.

Als wahrscheinlich muss angenommen werden, dass ein Schrotkorn entweder zwischen dem Atlas und Hinterhauptsbein oder zwischen dem Atlas und II. Halswirbel eindrang und den untersten Theil des verlängerten Marks, oder die Uebergangsgegend zwischen diesem und dem Rückenmark und zwar an der rechten Seite verletzt hat. Die Parese der Harnblase, welche anfangs bestand, ist am richtigsten durch eine Läsion der centralen, reflectorischen, die Harnblase innervirenden Leitungsbahnen zu erklären, den Bahnen, welche mit dem reflectorischen Centrum für Harnentleerung in den Sehhügeln in Verbindung stehen. Die spinalen Centren für Harnentleerung können demnach allein nicht mit solcher Exactheit arbeiten, wie bei den erhaltenen höheren Centren in den Sehhügeln.

Auch die Thätigkeitsabnahme der Sinnesorgane muss durch jene Wechselbeziehung, welche zwischen der allgemeinen Anästhesie des Gesichts und der sensoriellen Anästhesie besteht, erklärt werden.

Die hier vorliegende eigenthümliche Vertheilung der Sensibilitäts- und Motilitätslähmung konnte v. B., wenigstens was die Sensibilitätslähmung betrifft, im Thierexperiment genau wie im vorliegenden Falle bekommen dadurch, dass er einem narcotisirten Hunde in den rechten Theil des unteren Abschnittes des verlängerten Marks eine Stichverletzung beibrachte.

Nach diesen Beobachtungen erscheine es möglich, beim Menschen eine, wenn nicht vollständige Kreuzung, so wenigstens doch die eines bedeutenden Theiles der für Schmerz- und Temperaturempfindlichkeit bestimmten Fasern und eine variirende unvollständige der Fasern für die Tastempfindlichkeit anzunehmen.

Obwohl nun die linksseitige Lähmung der Schmerz- und Tastempfindlichkeit sich nicht allein auf die Hautoberfläche, sondern noch tiefer (auf Muskeln und Sehnen) erstreckte, so war doch die electromuskuläre Empfindlichkeit nicht gestört, während sie auf der rechten Seite, auf der das Muskelgefühl verloren war, vollkommen fehlte. Hieraus ist es klar, dass die electromuskuläre Sensibilität nicht oder nicht ausschliesslich zur allgemeinen Empfindlichkeit zu zählen ist; es könnte sogar sein, dass sie das Hauptresultat der Reizung derjenigen Nervenapparate, welche zur Perception der Muskelgefühle dienen, darstellt.

Weiterhin stellt der Fall ein gutes Beispiel für den Einfluss des Muskelgefühls und der Hautempfindungen auf das Gleichgewicht des Körpers dar, da die Gleichgewichtsstörung beim Stehen auf dem rechten Fusse, in welchem das Muskelgefühl verloren und das Tastvermögen herabgesetzt war, viel intensiver war, als auf dem anästhetischen linken Fusse.

Ebenso ist von Interesse, dass ungeachtet der starken Anästhesie des Muskelgefühls in den rechten Extremitäten und der Analgesie der linken Extremitäten, mit Störung des Tastvermögens auf beiden Seiten, bei dem Kranken in den unteren Extremitäten keine atactischen Störungen im eigentlichen Sinne des Wortes auftraten.

Auch das Verhalten der Reflexe ist interessant. Während nämlich die Sehnenreflexe an der Seite der Analgesie fehlten, erschienen sie an der Seite der motorischen Parese gesteigert, wie auch die Muskelreflexe. Dieses Fehlen auf der anästhetischen Seite erklärt v. B. dadurch, dass er zum Zustandekommen eines Reflexes neben der Bahn noch die Anwesenheit einer besonderen Muskelspannung oder eines von den Centren abhängigen Muskeltonus verlangt. Vielleicht ist dafür auch die Anästhesie der Muskeln und Sehnen von Bedeutung [da die anästhetische Patellarsehne den durch den Schlag gesetzten Reiz nicht mehr fortleiten kann (Ref.)].

Der höchst interessante, regelmässige, periodische Wechsel der am Rumpfe localisirten neuralgischen Empfindungen (Gürtelgefühl), die nach dem Schlafe regelmässig ihre Lage wechselten, stehen vielleicht mit den Veränderungen der Blutcirculation während des Schlafes in Zusammenhang; bei dem eigenthümlichen Gefühl von Schwere in dem rechten Fusse und dem Gefühl, als ob der rechte Fuss immer im Knie gebeugt wäre, das auch nicht schwand, wenn Patient den Fuss gestreckt sah, handelt es sich offenbar um eine wirkliche Hallucination des Muskelgefühls, um eine Scheinempfindung, analog solcher bei amputirten Personen.

Dauber.

---

565) **Fr. Schultze**: Ueber Befunde von Hämatomyelie und Oblongatablutung mit Spaltung bei Dystokien.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 8, pg. 1—16.)

An 3 Kindern, von welchen das erste wegen platten und engen Beckens, das zweite wegen platten rhachitischen Beckens der Mutter und

das dritte (II. Zwilling) wegen gefahrdrohenden Zustandes der Mutter durch Wendung und Extraction zur Welt gefördert war, konnte Sch. Blutungen zwischen Pia und Dura hauptsächlich im Cervical- und Dorsaltheil des Rückenmarks constatiren. Im ersten Falle wurde durch das ganze Dorsalmark durchziehend auch noch eine spaltförmige Blutung getroffen, welche am Präparate im Hinterhorn gelegen das Bild der Syringomyelie zeigt. Zwei Fragen wirft Sch. im Anschlusse an diesen Befund auf: Erstens: Besteht nicht zwischen der nachgewiesenen Blutung und der durch sie gesetzten Höhlen- und Spaltbildung einerseits und der Syringomyelie andererseits irgend eine Beziehung, könnte nicht aus einer solchen Verletzung bei der Geburt allmählich beim Erwachsenen eine Syringomyelie hervorgehen? Das wäre nach Ansicht des Referenten wohl möglich, wenn die Syringomyelie sich direct an das Trauma anschliessen würde, aber unwahrscheinlich, wenn bis zum Entstehen der Syringomyelie 20 und mehr Jahre vergehen. Eine zweite mögliche Folge solcher Blutungen wäre vielleicht in der fötalen Entwicklungshemmung überhaupt zu finden.

Betreffs des Zustandekommens solcher Blutungen muss dahingestellt bleiben, wie viel auf Rechnung der venösen Hyperämie im Zustande der Asphyxie kommt und in wie weit der Extraction and endlich den Schultze-schen Schwingungen eine Schuld beizumessen ist. Dauber.

---

566) **Veis**: Zur Casuistik des Mal perforant.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 8, pg. 153 ff.)

V. berichtet über 3 Fälle, bei denen im Anfangsstadium der Tabes Mal perforant gesehen wurde, das übrigens durch die Schmierkur günstig beeinflusst zu werden schien. Immerhin ist dieses Zusammentreffen noch als ein seltenes zu bezeichnen, wenn es auch scheint, als ob das Mal perforant manchmal das erste auffallende Symptom der Tabes sein könne.

Dauber.

---

567) **L. Goldstein**: Arthropathia tabica und spontane Fractur.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde Nr. 10. 1896.)

Ein Fall von Spontanfractur bei einem Tabiker mit hochgradigen Gelenkveränderungen. Berufsgenossenschaft und Schiedsgericht lehnen die geforderte Entschädigung ab auf Grund der thatsächlichen Feststellung, dass an der Arbeitsstelle des Betreffenden keinerlei Behinderungen vorhanden waren, ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Betriebe also auszuschliessen sei. Cassirer-Berlin.

---

568) **V. Simerka** (Prag): Contribution statistique à la symptomatologie du tabes dorsalis.

(Revue neurologique Nr. 13, 1896.)

Dem Beispiele Leimbach's (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 7. Band) folgend liefert der Verfasser auf Anregung P. Marie's nach Beobachtungen an 52 Kranken seiner Abtheilung eine die Hauptsymptome der Tabes betreffende Statistik, deren Ergebnisse in folgender Zusammenstellung sich finden:

Schmerzen (verschiedenen Sitzes) . . . . in 98% der Fälle.
Kniephänomen erloschen oder verringert . . . . „ 98 „ „ „

Störungen des Stehens	in 90 %	der	Fälle.	
„ der Locomotion	„ 88	„	„	„
Anomalien der Pupillenreaction	„ 84	„	„	„
„ der Pupillenweite	„ 76	„	„	„
Mictionsstörungen	„ 60	„	„	„
Verringerung der Muskelkraft	„ 58	„	„	„
Sensibilitätsstörungen	„ 58	„	„	„
Analgesie des Ulnaris und Peroneus	„ 58	„	„	„
Cremasterreflex aufgehoben oder abgeschwächt	„ 58	„	„	„
Verlust oder Verringerung der Lageempfindungen	„ 52	„	„	„
Peinliche Empfindungen	„ 52	„	„	„
Abschwächung des Sehvermögens oder vollständige Erblindung	„ 50	„	„	„
Hypotonie der Muskeln	„ 46	„	„	„
Störung des Greifens	„ 42	„	„	„
Verringerung der Empfindlichkeit der Hoden	„ 42	„	„	„
Strabismus und Ptosis	„ 32	„	„	„
Vorübergehende Augenmuskellähmung	„ 32	„	„	„
Muskelatrophie	„ 22	„	„	„
Gehörstörungen	„ 22	„	„	„
Abweichungen des Mundes	„ 16	„	„	„
Arthropathien und Fracturen	„ 16	„	„	„
Cardiale Störungen	„ 16	„	„	„
Cerebrale Störungen	„ 12	„	„	„
Gastrische Krisen	„ 10	„	„	„
Trophische Störungen der Haut	„ 8	„	„	„
Hartnäckige Diarrhoen	„ 8	„	„	„
Larynxkrisen	„ 6	„	„	„
Unwillkürliche Bewegungen	„ 6	„	„	„

L. Löwenfeld.

---

569) **R. Cassirer:** Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen multipler Sclerose und Lues cerebrospinalis.

(Deutsche med. Wochenschr. 1896. Nr. 43.)

Auf Anregung Oppenheim's theilt C. aus der Poliklinik des letzteren 3 Fälle mit, welche die Schwierigkeiten, die unter Umständen eine Differentialdiagnose zwischen multipler Sclerose und Lues cerebrospinalis machen kann, illustriren sollen. Oppenheim selbst hat schon früher (Zur Kenntniss der Erkrankungen des syphilitischen Centralnervensystems, Berlin 1890) das häufig so ähnliche Symptomenbild beider Erkrankungen characterisirt und die Unterscheidungsmerkmale angeführt und geht auf diesen Gegenstand ausführlich ganz neuerdings in den „syphilitischen Erkrankungen des Gehirns" (Wien. Alfr. Hölder, 1896) wieder ein.

Es ist nun, wie uns scheint, gar nicht verwunderlich, dass gelegentlich solche Schwierigkeiten bei der klinischen Diagnosenstellung auftauchen, wenn man sich vergegenwärtigt, dass beide Affectionen zerstreut im Centralnervensystem gleiche Stellen befallen können, die mit Reiz- und Lähmungserscheinungen im bunten Wechsel reagiren — vergleichbar den Schwierigkeiten, die sich zuweilen im Leben bei multiplen Tumoren des Hirns zeigen, indem man beispielsweise nicht im Stande ist, aus den Reiz- und Lähmungs-

erscheinungen heraus die Natur der syphilitischen von den tuberculösen zu unterscheiden. Vermehrt wird die diagnostische Schwierigkeit bei den in Rede stehenden Affectionen noch durch die neueste Mittheilung von Bechterew (Neurol. Centralbl., Nr. 2, p. 92), der auf Grund eines eigenen Falles und unter Hinweis auf ähnliche von Charcot, Gombault, Kahler u. A. mitgetheilte Fälle eine „Sclerosis disseminata cerebrospinalis syphilitica" aufstellt, eine Bezeichnung freilich, die nach Oppenheim Verwirrung zu schaffen geeignet sei. Aber Bechterew fand doch post mortem graue disseminirte plaques in der Brücke, im corp. quadr. poster., in der oberen Etage des linken Hirnschenkels und mehrere an der vorderen Fläche des Rückenmarks, die sich microscopisch als verdickte Gefässe, Bindegewebe und Granulationselemente auswiesen. Nun sind, wie ja auch Bechterew betont, die inselförmig zerstreuten Herde der multiplen Sclerose anderer Natur und bedingen auch nicht, wie die eben beschriebene secundäre Degeneration, aber es dünkt uns doch, dass solche Herde im Leben dieselben Erscheinungen hervorrufen können, da es doch vorwiegend auf den Sitz des Reiz resp. Lähmung erzeugenden Gebildes, weniger auf dessen Structur ankommt. —

Mangelt im Leben die syphilitische Vorgeschichte, die uns einen nicht ganz unbedeutenden Fingerzeig geben kann, hilft auch eine antiluetische Therapie nicht, so wird es oft unmöglich sein, mit Bestimmtheit für die eine oder andere Affection sich zu entscheiden. Hinsichtlich der Bedeutung der antisyphilitischen Therapie darf man aber nicht, wie auch Oppenheim hervorhebt, vergessen, dass die Remissionen der Sclerosis multiplex in die Zeit der Behandlung fallen können, so dass man sich vor Fehlschlüssen aus diesem Verhalten zu hüten habe. Schliesslich will ich nicht unterlassen zu bemerken, dass ich mit Cassirer annehme, dass beide Affectionen im Wesen verschieden sind und dass der oft hervorgezogene Fall Schuster's nicht beweisend für eine auf dem Boden der Lues entstandene multiple Sclerose ist. —

In der That bieten nun die von Cassirer veröffentlichten Fälle treffliche Illustrationen zu der diagnostischen Verlegenheit, in die man gelegentlich gerathen kann, was auch, wie uns dünkt, mehr noch auf die Prognosenstellung als auf die event. Therapie rückwirkt.

So sind beispielsweise bei dem 2. Falle — von dem ersten sehen wir ab, da er zu kurze Zeit beobachtet werden konnte —, einem 28jährigen Tischler, der nicht luetisch gewesen sein will, für multiple Sclerose und Lues sprechend die Symptome der spastischen Parese mit besonderer Schwäche im linken Bein. Auch die plötzlich einsetzenden Parästhesien und die Harnbeschwerden, sowie der Verlauf in Schüben, die Sehstörung, die erhebliche Schwankungen der Intensität zeigte, sind für beide Krankheiten characteristisch. Es fehlen characteristische Zeichen für Lues, es fehlen characteristische Zeichen für multiple Sclerose: Intentionszittern und scandinirende Sprache. Nur Nystagmus ist voll entwickelt. Aus diesem Grunde nun und unter Hinweis auf die anderen Augenstörungen — linksseitige Abducensparese, Einschränkung aller Blickbewegungen, centrales Scotom bei freier Peripherie — schliesst Verfasser auf multiple Sclerose, muss aber zugeben, dass all' die Augenstörungen, wenn auch viel, viel

seltener — wie Uhthoff nachgewiesen — bei Lues vorkommen können, so dass man zu keiner vollkommen sicheren Diagnose gelangt.

Der 3. Fall K., 31 Jahre alt, leugnet ebenfalls Lues. Aus der Anamnese wird erwähnt plötzlich einsetzende, dann remittirende Hemiplegie, Verwirrtheit und Gedächtnissschwäche, Augenmuskellähmung, erhebliche Besserung nach antisyphilitischer Therapie. Das deutet alles, wie auch die erhebliche Sensibilitäts- besonders Lagegefühlsstörung bei der Untersuchung in der Poliklinik auf Lues cerebrospinalis — aber es kamen im Verlaufe der Krankheit Erscheinungen hinzu, die den Verdacht auf disseminirte Sclerose erregen mussten, namentlich Muskeltremor andeutungsweise in der linken Hand, deutlicher im rechten Bein, so dass jetzt alle Symptome wiederum auf beide Zustände passten (nystagmusartige Zuckungen, Doppeltsehen, beiderseitige Abducensparese, Schwindel, Gürtelgefühl, zeitweilige Harnbeschwerden, spastische Parese mit Steigerung der Sehnenphänomene, spastisch-paretischer Gang). Erst später, als das Wackeln der Hände ausgesprochener, der Nystagmus deutlicher wurde, temporale Abblassung beider Pupillenhälften hinzukam, glaubte Verfasser, dass disseminirte Sclerose vorlag, zu welchem Bilde nur die scandinirende Sprache fehlte (es bestand nur leichte Dysarthrie); die hemiparetischen und sensiblen Störungen waren geschwunden. Immerhin ist die Diagnose, die lange Zeit hindurch nicht möglich war, schliesslich doch nur „ziemlich sicher“.

Goldstein (Aachen).

---

570) **Christian A. Herter:** Cerebrospinale Syphilis.
(Journ. of nerv. and ment dis. 1896, Nr 2, S. 114.)

28jähriger Mann acquirirte vor 2 Jahren einen Schanker und bietet folgendes, seit einem Jahre ungefähr sich entwickelndes Krankheitsbild:

Leichte Ptosis rechts, Lähmung des Rectus int. dext. super. u. infer. Accomodation stark beeinträchtigt. Gesichtsschärfe rechts $^{20}|_{50}$, links $^{20}|_{40}$. Am Augenhintergrunde gleichfalls Veränderungen. Bewegungen der Gesichtsmuskulatur gut erhalten, Reaction der Muskeln gegen den faradischen Strom normal. Sensibilität für Temperatur und Berührung über dem Gesichte normal; nur über der Nase leichte Unempfindlichkeit, an den Lippen Gefühl für Schmerz und Berührung leicht beeinträchtigt. — Uvula nach links abweichend. Geschmack scheint nicht gelitten zu haben. — Leichte Schwäche der beiden Arme, ausgeprägter auf dem rechten. Flexoren des rechten Handgelenkes in schwachem Grade, die der Finger vollständig gelähmt. Die Gruppe der Pronatoren und Supinatoren functionirt normal. Atrophie der paralytischen und paretischen Muskeln, Entartungsreaction nur der ersteren. Im Ulnarisgebiet der rechten Hand und der unteren $^2|_3$ des Vorderarms herabgesetzte Empfindlichkeit gegen Schmerz, Temperatur und Berührung. Am linken Arme leichte Schwäche der Fingerbeuger. Keine Abmagerung oder Entartungsreaction oder Sensibilitätsstörung. Beiderseits leichter Tremor in den Armen beim Ausstrecken derselben. — An den Unterextremitäten keine Schwäche oder Sensibilitätsstörung. Kniereflexe fehlen, Plantar- und Cremasterreflex vorhanden. Beim Stehen mit geschlossenen Augen und Füssen leichte Schwankungen. — Keine Beschwerden

beim Urinlassen. Intellectuelle Fähigkeiten und Gedächtniss ziemlich gut. Leichte Sprachstörung.

In der Discussion äussert Hirsch den Verdacht auf progr. Paralyse.

Buschan.

571) **Gilles de la Tourette:** La syphilis héréditaire de la moëlle épinière. (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière 1896, 2.)

Es wird, gestützt auf die bisher vorliegenden fremden und eine Anzahl eigener Beobachtungen, das Bild der hereditären Syphilis der Medulla spinalis gezeichnet. Erkrankungen des Rückenmarks in Folge hereditärer Lues können auf drei verschiedenen Entwicklungsstufen in Erscheinung treten, das Rückenmark wird intrauterin afficirt und die Kinder kommen, oft vorzeitig, mit congenitaler Lues zur Welt; oder die Syphilis zeigt sich in den ersten Lebensjahren, oder endlich im späteren Alter (Lues hereditaria tarda). In den Fällen congenitaler Lues findet sich im Rückenmark als characteristische Erkrankung eine kleinzellige Meningomyelitis diffusa, die ihr Analogon in gleichen Veränderungen visceraler Organe, besonders der Leber, hat; daneben kommen mannigfache Entwicklungsanomalien vor. Da derartig afficirte Wesen entweder todtgeboren werden oder binnen ganz kurzer Zeit sterben, kann von klinischen Erscheinungen nicht die Rede sein. Bei längerem Ueberleben der Individuen dagegen treten die klinischen und anatomischen Erscheinungen einer cerebralen Sclerose zwar in den Vordergrund, einer genauen Analyse gelingt jedoch auch der Nachweis medullärer Symptome und in freilich sehr isolirten Fällen kann auch die hereditäre congenitale Lues fast rein medullär bedingt in Form der spastischen Paraplegie — nur durch Augenmuskellähmungen war der berichtete Fall complicirt — auftreten. — Von weit grösserer Mannigfaltigkeit wird das anatomische und klinische Bild der hereditären Lues in Fällen, die ältere Individuen betreffen; die kleinzellige Infiltration führt zur Bildung von Gummaten; dazu kommen die mannigfachen Gefässveränderungen (Arteriitis gummosa und Sclerose der Arterien und Venen). In ihren klinischen Formen differiren diese Fälle von ererbter Syphilis nur wenig von den mit erworbener, nur dass die Tendenz zur Ausbreitung auf das ganze Centralnervensystem auch hier fast stets deutlich ist.

Die hierher gehörigen eigenen Beobachtungen des Verfassers sind folgende: Bei einer 31jährigen Frau besteht seit dem 6. Lebensjahre eine spastische Paraplegie der unteren Extremitäten mit Sensibilitätsstörungen und Blasenschwäche. Aus früher Kindheit herrührende Hautnarben und Ulcerationen am Gaumen sichern die Annahme einer herditären Lues. In einem weiteren Falle handelt es sich um einen 19jährigen jungen Mann, bei dem neben der spastischen Paraplegia infer. Doppeltsehen, Schwindel und Articulationsstörungen auftraten; ausserdem bestanden in den oberen Extremitäten zeitweise Parästhesien. Wiederholte Aborte bei der Mutter des Patienten, anderweitige Erscheinungen von hereditärer Lues bei einem Bruder, schliesslich bei dem Patienten selbst Hutchinson'sche Zähne lassen die Affection als sicher durch hereditäre Lues bedingt erscheinen: der Erfolg einer specifischen Behandlung, die freilich wiederholte neue Exacerbationen nicht hintanhalten kann, sprechen ebenfalls für diese Aetiologie. In einem weiteren in mancher Beziehung ähnlichen Falle, sowie in einem

zweiten von einfacher spastischer Paraplegie, die Individuen von 39 resp. 50 Jahren betreffen, ist die Heredität der die nervöse Affection bedingenden Lues doch wohl nicht so über jeden Zweifel erhaben, wie Verf. das annimmt, und dasselbe hat für einen weiteren klinisch sonst sehr interessanten Fall zu gelten, der das Bild der Cauda-equina-Läsion bietet. Den Schluss der Arbeit bildet ein Fall von Tabes dorsalis bei einem 32jährigen hereditär luetischen Mädchen, dessen Krankheit im Alter von 15 Jahren mit schweren Gelenkveränderungen begann, die dann auch in der Folgezeit noch wiederholt an verschiedenen Gelenken auftraten. Cassirer (Berlin).

---

c) Gehirn.

572) **Chr. Ulrich:** Sequelæ ulceris ventriculi perforati.
(Bibl. f. Lægev. 1896, 7. Bd., S. 367.)

Ein Mädchen von 35 Jahren hatte während der Pubertät Symptome von Chlorosis und Catarrh. ventriculi gehabt, niemals Hämatemesis. Drei Wochen vor ihrer Aufnahme im Hospital wurde sie unwohl, bekam Schmerzen in der Gegend der linken Clavicula und im Unterleib. Im Hospital zeigte es sich, dass sie an einem linksseitigen Empyem litt, welches mittelst Resectio costæ entleert wurde. Die Heilung schien rasch vorwärts zu schreiten, als sie plötzlich eines Tages von drei epileptiformen Anfällen, die je ca. 15 Minuten dauerten, befallen wurde. Nachher Stirn-Kopfschmerzen und zunehmende Stumpfheit, welche mit Sopor in 4 Tagen und endlich mit dem Tode endigte. Die Section zeigte einen subphrenischen Abscess in Folge eines perforirten Ulcus ventriculi, Perforation des Diaphragma und Empyema pulmonis, Abscesse der Leber und endlich einem hühnereigrossen Abscess des linken Frontallobus und einen wallnussgrossen Abscess des rechten Occipitallobus, in welch' letzterem sich bei der microscopischen Untersuchung Streptokokken zeigten und von denen sich also erst in den letzten Tagen des Lebens die Symptome äusserten. Koch (Kopenhagen).

---

573) **H. Köster:** Hjärntumör-Kasuistik. (Gehirntumoren.)
(Upsala läkareförenings förhandl. 1896, S. 321.)

Mittheilung von 9 Fällen von Gehirntumoren, von denen sich 3 in den Frontallappen befanden, 2 in der Nähe von den Gyri centrales, 1 im Occipitallobus, 2 im Corpus callosum, von welchen der eine das Septum pellucidum in seiner ganzen Ausdehnung infiltrirt hatte, und einer im 4. Ventrikel. Ein Fall (in der Nähe des Gyr. centr.) von syphilitischer Natur wurde geheilt, in allen anderen trat der Tod ein. Trepanation wurde in einem Fall, wo der Tumor ebenfalls in der Nähe der Centralgyri seinen Sitz hatte, vorgenommen, ohne dass es jedoch gelang, den Tumor zu finden. Unter den Symptomen traten in allen Fällen mit Ausnahme eines Kopfschmerzen auf. In diesem letzten (im 4. Ventrikel) fehlten jedenfalls die Stauungspapillen und die Diagnose wurde beim Leben auf Hysterie gestellt. In 2 Fällen (bei Tumoren im Frontallobus und Corpus callosum) fehlten die Patellarreflexe, im ersten auf der entgegengesetzten Seite des Tumors und im zweiten auf beiden Seiten.

Koch (Kopenhagen).

---

574) **Zeller:** Ein Fall von Hirngeschwulst. — Vortrag in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins, 11./XI. 1895.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1896. Nr. 28.)

Das 28jährige bis dahin stets gesunde Mädchen begann vor 8 Tagen über Kopfschmerzen und Müdigkeit zu klagen. In der Nacht zum 7. October wurde sie plötzlich bewusstlos, worauf sich allgemeine epileptische Krämpfe einstellten. Bei der Aufnahme am 7./X. fast völlig bewusstlos. Keinerlei Lähmungen. Rechte Pupille weiter als die linke. Reaction normal. Keine Stauungspapille. Reflexe etwas gesteigert. Zahlreiche Krampfanfälle auf der rechten Seite von Jackson'schem Typus, im rechten Facialisgebiet beginnend, die an Intensität, Dauer und Zahl zunahmen, schliesslich alle 5 Minuten. Zuweilen Nystagmus. Jetzt zeigte sich auch die rechte Körperhälfte paretisch. Temperatur 38,2.

Durch temporäre Resection wurde das untere Ende der vorderen Centralwindung und die 3. Stirnwindung, wo man die Erkrankung vermuthen musste, freigelegt, beide erwiesen sich aber als normal.

Unter unveränderter Fortdauer der Krampfanfälle trat am übernächsten Morgen bei äusserst frequentem Pulse der Tod ein.

Die Section ergab eine überwallnussgrosse Perlgeschwulst an der Basis des Gehirns, welche den hinteren unteren Theil des linken Stirnlappens bis zur Mittellinie einnahm und nach hinten oben bis in den Streifenhügel und den vorderen Schenkel der inneren Kapsel reichte.

Der Fall beweist, dass Jackson'sche Epilepsie auch von einem den Rindencentren fern gelegenen Krankheitsherde ausgelöst werden kann. Beachtenswerth ist auch das Fehlen der Stauungspapille.

Hoppe.

---

575) **F. W. Langdon:** Multiple tumours of the brain; fibro-cystoma of pons and cerebellum and multiple fibro-psammomata of dura, pia-arachnoid and cortex cerebri.

(Brain. Winter 1895.)

Die hauptsächlichen Erscheinungen des Falles waren: heftige anfallsweise Kopfschmerzen, Hyperästhesie über der rechten Schädelseite, Doppelsehen, doppelseitige Taubheit, linksseitige Hemiparese, Erbrechen mit Uebelkeit, Neuritis optica und Abducenslähmung. Es wurde die Diagnose eines Tumors in der oberen Hälfte des Pons auf der rechten Seite gestellt und es fand sich bei der Section ein Tumor in der unteren Ponsseite links. Ausserdem waren noch 7 Tumoren vorhanden. Wichmann.

---

576) **Besold:** Ueber zwei Fälle von Gehirntumor (Hæmangiosarkom oder sogenanntes Peritheliom in der Gegend des III. Ventrikels) bei zwei Geschwistern.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 8, p. 49 ff.)

B. beschreibt den merkwürdigen Fall, dass 2 Schwestern (16 und 11 Jahre alt) nach einander an demselben Krankheitsbild (Tumor cerebri mit allgemeinen cerebralen Erscheinungen) erkrankten. Bei der Obduction zeigt sich fast genau an derselben Stelle beide Male ein medulläres Sarcom, das beide Male von der Gegend des linken Thalamus opticus ausgegangen war. Dieses merkwürdige Zusammentreffen führt fast mit zwingender Noth-

wendigkeit zur Annahme eines angeborenen Factors. Beim zweiten Falle fand sich noch eine deutliche Degeneration in den Hintersträngen des Halsmarks. Ob diese secundären Degenerationen eine Folge der Gehirnerkrankung direct sind, wie die einen Autoren annehmen, oder ob sie auf den allgemein marastischen Zustand der Kranken zu beziehen sind, muss noch dahingestellt bleiben. B. neigt mehr der letzteren Ansicht zu.

Dauber (Würzburg).

---

577) **J. Ransom:** On tumours of the corpus callosum, with an account of a case.

(Brain. Winter 1895)

R. beobachtete folgenden Fall: Eine 24jährige Frau erkrankte seit 2 Jahren an Krämpfen mit Bewusstlosigkeit und nachfolgenden Schläfenschmerzen. Kriebeln in linker Hand, Arm, Bein und Gesichtshälfte; Abweichung des Kopfes und der Augen nach links. Starke Kopfschmerzen. Schmerz besonders in beiden Schläfen und im Nacken. Prominiren der Augäpfel. Im weiteren Verlauf traten Aufregungszustände auf und geringe Verfolgungsideen; Zittern der Stimme. Temperatur normal; Puls 70—100 und höher. Es entsteht deutliche Neuritis optica beiderseits: gelegentlich Erbrechen. Weite Pupillen. Keine Paresen. Die Krämpfe begannen im Arm, dann Bein und Gesicht. Patellarreflexe normal. Kein Abweichen der Zunge, beiderseits Fussclonus. Verlust der Sensibilität an beiden Beinen vorübergehend. Plötzlicher Tod. Die Section ergab einen orangegrossen Tumor — weiches Sarcom — zwischen beiden Hemisphären, der ausging von der Mitte des Balkens und beiderseits in die Seitenventrikel hineinragte.

R. bespricht die ähnlichen Fälle, die in der Litteratur vorliegen, wendet sich gegen die von Bruns aufgestellten diagnostischen Momente der Balkentumoren und stellt zum Schluss selbst folgende Grundsätze auf: Ein Tumor des Corpus callosum könne mit Wahrscheinlichkeit aus folgenden Symptomen diagnosticirt werden:

1. Zunehmende, aber deutliche psychische Veränderung, welche in mehr acuten Fällen die Form eines stärker werdenden Stupors annimmt, in mehr chronischen Fällen als Wahnsinn mit Sinnestäuschungen, Reizbarkeit und maniakalischen Ausbrüchen erscheint.
2. Mässige Entwicklung der Tumorsymptome: Kopfweh, Neuritis optica und Erbrechen.
3. Hemiparese mit Rigidität mit oder ohne leichte Hemianästhesie und mit oder ohne Convulsionen. Die Diagnose wird noch mehr gestützt, wenn auch die Extremitäten der anderen Seite etwas betheiligt sind
4. Oder Krämpfe ohne Parese, doppelseitig, aber auf einer Seite vorwiegend.
5. Freibleiben der Hirnnerven.
6. Wenig oder keine Veränderungen an den Sehnenreflexen

Wichmann.

---

578) **Wilhelm Lorenz:** Ein Fall von Lipom in der Vierhügelgegend.

(Arbeiten aus dem Institute des Prof. Obersteiner 1886, H. IV.)

Es handelt sich um einen nur anatomisch beobachteten Fall. Die Geschwulst ging von der Meninx vasculosa aus und stellte sich als ein halbkugeliges, etwa erbsengrosses gelblich weisses Gebilde mit glatter Ober-

fläche dar. Bei der microscopischen Untersuchung erwies es sich als aus Fettzellen mit geringem Bindegewebestroma bestehend; an der Grenze gegen die Hirnsubstanz beträchtliche Kernvermehrung, keine Kapsel. Am mächtigsten entwickelt war es an der Grenze zwischen rechter Vierhügelgegend und rechtem Bindearm, dieser und die laterale Schleife waren zum Theil comprimirt und degenerirt, während die Trochleariswurzel unversehrt durch die Geschwulst hindurchzog. Von dort erstreckte es sich mit abnehmender Dicke nach vorn und hinten. — Bei einer Zusammenstellung der Fälle aus der Litteratur ergiebt sich, dass ausser an den Gross- und Kleinhirnhemisphären überall im Centralnervensystem Lipome vorkommen, am häufigsten im Corpus callosum und in der Mitte der Hirnbasis, in der Vierhügelgegend selbst wurden noch zwei weitere Fälle gesehen. Sie gehen stets von den Hirn- resp. Rückenmarkshäuten aus und waren sonst immer von einer bindegewebigen Kapsel eingeschlossen; sie kamen fast stets solitär vor. Sie sind im Allgemeinen gutartig, erreichen fast nie bedeutende Grösse und machen nur spärliche, selbst gar keine klinischen Symptome.

Cassirer-Berlin.

579) **Karl Schaffer**: Ueber cerebrale Muskelatrophie.

(Pester med.-chir. Presse 1896, Bd XXXII, Nr. 44—46, Nov. 1, 8 u. 15.)

Die neuerdings noch von Möbius bestrittene Thatsache, dass es bei cerebralen Hemiplegien Muskelatrophien gäbe, dürfte durch eine ganze Reihe von diesbezüglichen Beobachtungen für ausgemacht gelten. Verf. hat durch seinen Assistenzarzt Dr. Matavorsky an dem Krankenmaterial der Nervenabtheilung des städtischen Siechenhauses in Budapest darüber Erhebungen anstellen lassen: von 20 Hemiplegischen wiesen 12, d. h. 60% eine recht bedeutende Muskelatrophie auf, deren Minimum 1,9 cm, deren Maximum 6,0 cm Umfangdifferenz betrug. Diese Atrophie betraf in überwiegender Weise den Oberarm, denn von den 12 amyotrophischen Fällen wies 10 mal der Oberarm, 10 mal der Unterarm den Muskelschwund auf. Fibrilläre Zuckungen waren nicht vorhanden, die electrische Erregbarkeit bot in allen daraufhin untersuchten Fällen nichts Besonderes. — Dieser hohe Procentsatz an posthemiplegischen Amyotrophien legt den Verdacht nahe, dass mehr oder weniger in jedem Fall von Hemiplegie ein Muskelschwund auftreten dürfte. Bezüglich der Pathogenese der Muskelatrophie Hemiplegischer vertritt Sch. den Standpunkt, dass Lähmung und Atrophie oder Motilität und Trophik nicht identische Functionen seien, daher bei cerebralen Hemiplegien mit Muskelschwund gewisse, der Ernährung der Gewebe vorstehende Centren mit lädirt sein müssen. Dass cerebrale Hemiplegie nicht immer von Atrophie begleitet ist, erklärt Verf. durch die Annahme, dass in Folge der grossen Flächenausdehnung der Gehirnoberfläche die motorischen und trophischen cerebralen Centren nicht so dicht zusammenliegen, wie im Rückenmark, wo der gleiche Krankheitsprocess beide Centren immer ergreifen müsse. Verfasser kommt mit dieser Hypothese im Wesentlichen zu dem gleichen Schlusse, wie Eisenlohr und Quincke, die ebenfalls cerebrale trophische Centren für die hemiplegische Atrophie verantwortlich machen. Gegenüber der besonders von Joffroy und Achard vertretenen Ansicht, dass in den betreffenden Fällen von Amyotrophie der krankhafte Process sich von der Pyramidenbahn auf die Vorderhörner fortpflanze, führt er den

Sectionsbericht eines Falles von hochgradiger Atrophie bei einer 28 Jahre anhaltenden Hemiplegie (Apoplexie) an. Die microscopische Untersuchung des Rückenmarkes mittelst Weigert'scher und Nissl'scher Färbung ergab, dass ausser der hochgradigen Pyramidenstrangsclerose absolut nichts Abnormes bestand; die Vorderhornzellen erwiesen sich als ganz intact. Ein zweiter Fall, der nach dem ersten sehr bald zur Section kam, betraf ebenfalls eine Patientin mit einer seit 3 Jahren bestehenden atrophischen Hemiplegie; der Muskelschwund localisirte sich hier auf die Unterarme (5 cm Unterschied). Die Autopsie ergab in diesem Falle eine Hämorrhagie der linken Insel und eine typische absteigende sclerotische Degeneration der Pyramiden. Abgesehen von diesen erwies sich auch hier das Rückenmark als ganz intact.

Zu dem ersten Falle ist noch nachzutragen, dass Entartungsreaction nicht gefunden wurde. Schaffer verallgemeinert diesen Befund und stellt dementsprechend die Behauptung auf, dass die cerebrale Muskelatrophie nur eine einfache, ohne echte Entartungsreaction oder hochgradige electrische Erregbarkeitsanomalien einhergehende sei. Buschan.

---

580) **Hélot, Houdeville** et **A. Halipré** (Rouen): Surdité verbale de conductibilité (surdité verbale pure).

(Revue neurologique Nr. 12, 1896)

Die Verfasser unterscheiden mit Rücksicht auf die Sprachstörungen 1. Associationsbündel, welche nähere oder entferntere Bezirke des Cortex verbinden; 2. Projectionsbündel, welche die corticalen Centren mit den zugehörigen peripheren Apparaten verknüpfen. Sie betonen, dass die verschiedenen Sprachcentren untereinander anatomisch und physiologisch in Zusammenhang stehen, so dass die Zerstörung eines Centrums in der grössten Mehrzahl der Fälle wenigstens mehr oder minder ausgesprochene Functionsstörungen seitens der übrigen Centren nach sich zieht. Andere Folgen treten ein, wenn die Läsion nicht das corticale Centrum selbst, auch nicht dessen Associationsbündel, sondern dessen Projectionsbündel betrifft. In diesem Falle leidet lediglich eine der Aufnahms- oder Aeusserungsformen der Sprache, die Verbindungen der Centren untereinander sind erhalten und die innere Sprache bleibt unberührt. Déjérine will für diese Fälle die Bezeichnung „reine Aphasien" (Aphasies pures) reserviren (reine Wortblindheit, Worttaubheit, subcorticale motorische Aphasie). Die „Aphasies pures" bilden aus leicht begreiflichen Gründen seltene Vorkommnisse, dabei ist die reine Worttaubheit noch viel seltener als die Wortblindheit. Mirallié citirt in seiner Thèse „sur l'aphasie sensorielle" nur 2 Fälle (von Pick und Sérieux).

Der von den Rouener Beobachtern mitgetheilte Fall betrifft einen 32jährigen Specereihändler E. T. Der Kranke, bei welchem seit Langem Mittelohrveränderungen, Residuen einer Otitis media bestehen, bemerkte nach Alcoholexcessen, dass er weniger und weniger verstand, was man ihm sagte. Eines Tages verfiel er in Folge eines ganz ungewöhnlichen Excesses in einen comatösen Zustand von unbekannter Dauer, nach welchem er vollständig die Fähigkeit, Gesprochenes zu verstehen, verlor. Als taub von seiner Familie betrachtet, wurde er nach Rouen und später nach Paris

geschickt; er wanderte von Klinik zu Klinik, immer behandelt und nie geheilt. Endlich kommt er nach Rouen zurück, wo die richtige Diagnose gestellt wird.

„Alle Modalitäten der Sprache sind erhalten mit Ausnahme einer einzigen. Der Kranke spricht, schreibt, liest. Er antwortet auf schriftlich gestellte Fragen, schreibt spontan, schreibt Buchstaben und Zahlen ab, geschriebene und gedruckte, er liest ohne Fehler, aber er ist unfähig, Gesprochenes zu verstehen. Seine ganze klinische Geschichte liesse sich in den Satz zusammenfassen, den er beständig wiederholt: „Ich höre, was Sie sagen, aber ich verstehe nichts; ich könnte die Silben zählen, aber ich erfasse deren Sinn nicht". In der That versteht der Kranke nur eine sehr kleine Anzahl von Wörtern, welche sich nicht unter eine bestimmte Categorie bringen lassen. Es sind einige Geschäftsausdrücke, einige oft gehörte Eigennamen, einige Zahlen. Immer muss man sehr langsam sprechen, wenn man einige Aussicht haben will, verstanden zu werden. Unter den verstandenen Wörtern haben wir diejenigen nicht berücksichtigt, welche durch Verfolgung der Lippenbewegungen verstanden wurden, um Interpretationsfehler zu vermeiden, welche das Vicariiren des Sehcentrums für das Hörcentrum herbeigeführt hätte. Die Mimik in Verbindung mit dem Schreiben gesprochener Wörter gestattete, die Anfänge eines Wiedererlernens zu erzielen. Aber der ziemlich sorglose Kranke setzte die in seinem Interesse unternommenen Versuche nicht fort und vergass alsbald, was er erlernt hatte.

Berücksichtigen wir noch, dass neben der Worttaubheit noch Agraphie für Dictatschrift besteht, mit der Einschränkung, dass die wenigen gehörten und verstandenen Wörter von dem Kranken auch ohne Zaudern niedergeschrieben werden. Endlich als weitere wichtige Thatsache: Es besteht eine fast vollständige Amusie (musikalische Taubheit).

Wir haben demnach eine einfache sensorielle Aphasie, Aufnahmsaphasie, vor uns, bei welcher die Fähigkeit, das Gesprochene zu verstehen, allein verloren gegangen ist. Die innere Sprache ist intact. Es handelt sich also um einen Fall reiner Worttaubheit mit Amusie."

Die Diagnose der Art und des Sitzes der Läsion ist natürlich schwieriger. Die Verfasser glauben, eine subcorticale Läsion, welche das von dem corticalen Centrum der Wortlautbilder ausgehende Projectionsbündel betrifft, annehmen zu dürfen, weil epileptiforme Anfälle, welche an eine meningeale Reizung durch einen die Region der Worttaubheit comprimirenden oder zerstörenden Tumor denken liessen, fehlten, andrerseits die innere Sprache intact ist, so dass die Intactheit des corticalen Gebietes der Worttaubheit angenommen werden muss. Da das Gehör erhalten ist, verlegen die Beobachter die Läsion in jenes Bündel, welches das gemeinsame Aufnahmscentrum für Gehörseindrücke mit dem speciellen Centrum für die Aufnahme der sprachlichen Eindrücke verknüpft. Dass es sich um eine isolirte Läsion dieses Bündels handelt, dagegen spricht nach den Verfassern der Umstand, dass der Kranke gehörte Wörter nicht zu wiederholen vermochte, was nach Brissaud der Fall sein muss, wenn die Verbindungen des gemeinsamen Hörcentrums mit dem Centrum der Wortbewegungsbilder erhalten sind. L. Löwenfeld.

---

581) **E. Redlich:** Ueber die sogenannte subcorticale Alexie.
(Jahrb. f. Psych. u. Neurol., Bd. XIII, H. 2 u. 3.)

Ein 64jähriger Mann, welcher längere Zeit an Sehschwäche gelitten, trotzdem aber Schreibgeschäfte besorgt hatte, zeigte im April 1891 vorübergehende Parese beider Beine und des rechten Armes. Im Juni 1892 erlitt derselbe einen Schlaganfall. Als dauernde Ausfallserscheinung beobachtete man eine gleichzeitig mit der Parese eingetretene bilaterale rechtsseitige Hemianopsie, Störungen des sprachlichen Ausdruckes und eine dauernde totale, literale und verbale Alexie für Geschriebenes und Gedrucktes. Die Section ergab allgemeine Hirnatrophie, kleine Herde im Occipitallappen und einen ausgedehnten Erweichungsherd im linken Hinterhauptslappen. Der Herd betraf einen Theil der fissura calcarina, des lob. lingualis und fusiformis, weiter fanden sich Veränderungen des Ammonshornes und des Gyr. hippocampi, des splenii corpor. callos., der hinteren Abschnitte des Thal. opticus und des Schwanzes des nucleus caudatus. —

Wernicke hat das Symptomenbild der Alexie ohne Agraphie als subcorticale Alexie bezeichnet. Die subcorticale Alexie sollte aus der Unterbrechung der Bahnen vom opticus zum Schriftbildcentrum zu Stande kommen und die erhaltene Schreibfähigkeit sich aus der Unversehrtheit dieses Centrums erklären. Den Ausdruck subcortical hat W. späterhin dahin interpretirt, dass darunter eine Bahnstrecke zu verstehen wäre, welche zwischen den gleichen Projectionsfeldern der rechten und der linken Hemisphäre zweifellos im Balken verlaufe. Redlich ist nach der genauen Untersuchung dieses Falles und einer sorgfältigen Sichtung der gesammten Litteratur zur Ansicht gelangt, dass man den Namen subcorticale Alexie fallen lassen müsse, da dieser Ausdruck eine Bedeutung präjudicire, die ihm anatomisch nicht zufalle. Man rede von der Alexie mit oder ohne Agraphie und mit rechtsseitiger Hemianopsie. Die rechtsseitige Hemianopsie scheint für diesen Symptomencomplex characteristisch zu sein. In allen diesen Fällen handelt es sich um eine Unterbrechung der Bahnen zwischen den optischen Centren und dem Sprachgebiet der Rinde, wobei jedoch die Sprachcentren selbst intact bleiben (intercentrale Associationsfasern nach Goldscheider's Nomenclatur). Behr (Riga).

582) **H. Higier:** Alexia subcorticalis Wernicke. Beitrag zur Kenntniss der Alexie, Agraphie, Dyslexie, optischen Aphasie und Seelenblindheit.
(St. Petersburger medicin. Wochenschrift 1896. Nr 24.)

I. Bei einem 32jährigen Manne entwickeln sich im Laufe weniger Wochen intensive Kopfschmerzen, Erbrechen, Benommenheit. Die Untersuchung ergiebt Neuritis optica, rechtsseitige Hemianopsie und eine im Verlaufe einiger Tage sich entwickelnde totale Alexie und Agraphie. In der Entstehung der Alexie ist als besonders bemerkenswerth hervorzuheben, dass, ehe es zur totalen Alexie kam, einige Tage ein Zustand bestand, wo Patient zwar das, was er las, verstand, es aber nicht laut vorlesen konnte (verbale optische Aphasie). Schliesslich fand sich auch noch leichte rechtsseitige Hemiparesis. Einige Wochen nach Verlassen des Krankenhauses, in dem er zuletzt mit Jodkali und Quecksilber behandelt wurde, kam Patient

vollständig geheilt wieder zur Beobachtung. Die Diagnose lautete auf ein Gumma in der Gegend des Gyrus angularis, cortical oder subcortical gelegen. Von den aus dem Falle abzuleitenden Folgerungen ist eine besonders wichtig. Es ist von Knies behauptet worden, dass die rechtsseitige Hemianopsie schon an und für sich und besonders die nach Hinterhauptslappenerkrankungen eintretenden associirten Bewegungsstörungen nach der gekreuzten Seite die Alexie bedingen.

Natürlich könnte das nur Geltung haben für von links nach rechts zu lesende Schrift. Patient war aber früher fähig gewesen, hebräisch und polnisch zu lesen; Alexie bestand jedoch in wesentlich gleichem Maasse für beide Sprachen. Damit ist die Knies'sche Ansicht als unrichtig dargethan.

II. 56jähriger Mann. Excesse in Baccho. 1889 Lues. 13 Monate später Schwäche der Beine, Kreuzschmerzen, Blasenbeschwerden. Besserung durch Schmierkur. 1892 Hemiparesis sinistr. Doppeltsehen. In den nächsten Jahren mannigfach schwankende cerebrospinale Erscheinungen. Im Jahre 1894 folgender Status: Kreuzschmerzen, Gürtelgefühl, Kopfschmerzen. Parese des rechten Oculomotorius, beiderseits Myosis und reflectorische Pupillenstarre. Hemiparesis sinistr. Sehnenphänomene links stark, rechts Westphal'sches Zeichen. Analgesie beider Beine. Hemianopsia dextra homonyma. Partielle optische Aphasie. Andeutung von Seelenblindheit. Beim Lesen Störungen, die als Dyslexie bezeichnet werden: der Kranke beginnt eine Stelle ganz richtig zu lesen, stockt nach den ersten 3—4 Worten, wiederholt diese, setzt andere gar nicht im Text vorhandene dazwischen, stockt wieder, wiederholt die ersten, umschreibt sie, um ganz unerwartet wieder 2—3 der nachfolgenden Worte des Textes ganz richtig zu lesen. Das richtig erkannte Wort kann buchstabirend nicht gelesen werden. — Einige Monate später wesentlich anderes Bild. Thrombose des sinus cavernosus. Hemianopsie fortbestehend. Totale verbale und litterale Alexie. Schreiben bis auf Copiren gut. Keine aphasischen Störungen, auch keine optische Aphasie mehr, ebenso Seelenblindheit verschwunden; nur das Ortsgedächtniss völlig fehlend. Durch energische Jodkalikur bedeutende Besserung; doch jetzt beiderseits Westphal'sches Zeichen. Diagnose Lues cerebrospinalis. In der Epikrise werden in ausführlicher Weise die Besonderheiten der beiden Fälle, die bisherigen diesbezüglichen Beobachtungen und die zur Erklärung der verschiedenen Störungen aufgestellten Theorien erörtert; unter den verschiedenen Theorien, die die einzelnen Varietäten der Alexie zu erklären suchen, erscheint die Bruns-Stöltling'sche als die befriedigendste. Die Annahme eines eigenen Schriftbildcentrums erscheint nicht gerechtfertigt. Cassirer-Berlin.

---

583) **A. Pick**: Notiz zur Prognose der acuten Hirnerweichung.
(Prager medic. Wochenschr., XXI, Nr. 38, 1896.)

In Folge einer am 24. December erfolgten Compression der gelegentlich einer Operation verletzten Carotis int. sin. tritt am 28. December complete motorische Aphasie und eine am folgenden Tage complet werdende Hemiplegia dextra ein. Bei Fortbestand dieser Symptome am 2. Januar mehrfache Anfälle von Jackson'scher Epilepsie, vom 6. Januar ab zunehmende Beweglichkeit der rechten Extremitäten, am 1.. die ersten will-

kürlich geäusserten Worte, anschliessend rasche völlige Wiederherstellung, nur durch einen Rückfall zeitweilig unterbrochen. Der Fall beweist, dass ein durch 10 Tage andauerndes und completes Herdsymptom nicht mit Sicherheit auf den schon erfolgten Eintritt von Erweichung schliessen lässt und dass selbst bei so langer Dauer daraus noch immer keine völlige Verschliessung des Gefässes des betreffenden Ernährungsgebietes gefolgert werden darf.

Cassirer-Berlin.

---

584) **Muratow**: Zur pathologischen Physiologie der corticalen Epilepsie. (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde und Psychiatrie, Bd. 8, p. 97 ff.)

M. beobachtete eine Patientin, bei der im Alter von 51 Jahren Epilepsie aufgetreten war Der erste Anfall kam ohne jeden Vorboten, die späteren zeigten motorische Aura im linken Facialis. Von da aus gingen auch halbseitig die Krämpfe aus, griffen auf den Arm und zuletzt das Bein über. Der linke untere Facialisast ist gelähmt, der linke Arm wenig paretisch, das linke Bein zeigt ein leichtes Nachschleppen. Die Sensibilität war auf der ganzen linken Körperhälfte herabgesetzt.

Patientin starb an chronischer käsiger Pneumonie. Man fand in der rechten Hemisphäre einen Erweichungsherd, in dem unteren Theil der hinteren Centralwindung liegend, das Centrum des Facialis am meisten betreffend, das des Arms weniger und das des Beins ganz intact lassend

Nach der Analyse des Falles stellt M. seine Ansichten folgendermassen zusammen:

1. Die corticale Epilepsie wird von einer destructiven Herderkrankung in der motorischen Sphäre des Hirns bedingt;
2. die Bogenfasern dienen als Leitungsbahnen für den epileptischen Reiz
3. die Degeneration der Bogenfasern versetzt die anliegenden Zellen in den Zustand einer constanten Hypertonie;
4. die Herderkrankungen bei dem Menschen verursachen dieselben Symptome, wie die experimentellen Läsionen an der Gehirnoberfläche der Thiere: unmittelbare Herdsymptome, Reizungssymptome und Degenerationserscheinungen;
5. die begleitende Störung des Muskelgefühls hängt von dem Ausfall der Bogenfasern ab;
6. die circumscripten Erkrankungen der Rinde mit verbreiteter Degeneration der Projectionsfasern, aber mit nur schwacher Betheiligung der Associationsbahnen verlaufen mit schweren Lähmungen, aber ohne Epilepsie;
7. die aufgezählten pathologisch-physiologischen Bedingungen beziehen sich auf diejenigen Fälle, wo kein destructiver Process vorhanden ist, sondern alle Veränderungen bloss functioneller Natur sind. Soweit wir berechtigt sind, von den anatomischen Erkrankungen auf die functionelle Epilepsie zu schliessen, müssen wir wegen der Aehnlichkeit der klinischen Erscheinungen die Identität der Localisation des Processes annehmen.

Dauber-Würzburg.



d) Neurosen.

585) **R. Massalongo** (Verona): Chorée chez deux cardiaques.
(Revue neurologique Nr. 21, 1895.)

Bei 2 älteren Individuen (einem 60jährigen und einem 70jährigen Manne), Potatoren mit Klappenfehlern, Herzhypertrophie und interstitieller Nephritis beobachtete M., dass Erscheinungen von Chorea mit dem Auftreten deutlicher Herzschwäche sich einstellten und mit der Beseitigung dieser auch wieder schwanden. Bei der Autopsie fanden sich in beiden Fällen neben dem entsprechenden Herz- und Nierenbefunde Atheromatose der Gehirnarterien bis in die kleineren Aeste sich erstreckend, Gehirnödem und stellenweise Adhärenz der Meningen untereinander und mit der Rinde im Bereiche der Centralwindungen. M. folgert aus diesen Beobachtungen: Chorea minor kann sich im Verlaufe gewöhnlicher Cardiopathien einstellen, wenn folgende Umstände sich vereinigen:

1. Die gewöhnliche Autointoxication der Herzaffectionen (chemischer Reiz);
2. Störungen der Gehirncirculation, die sich an locale Veränderungen (Atheromatose) knüpfen;
3. Gehirnödem;
4. chronische Meningitis im Niveau der motorischen Rindenzone.

L. Löwenfeld.

586) **J. C. Wilson** (Philadelphia): Note on a case of chronic progressive chorea. (Journ. of nerv. and ment. dis. 1896, Nr. 2, S. 108.)

Der hier beschriebene Fall ist interessant wegen der hereditären Verhältnisse. Der 54jährige Patient stammt aus einer Familie, in der 4 Mitglieder (Mutter und 3 Kinder) an Huntington'scher Chorea litten. Er ist verheirathet und hat 5 lebende Kinder — einige starben an Schwindsucht im Alter von 22, 24 und 27 Jahren —, von denen der älteste 34jährige Sohn einige unregelmässige motorische Bewegungen, besonders deutlich sichtbar an dem Halten des Kopfes und dem Zwinkern der Augenlider, zeigt, der jüngste 22jährige seit einem Jahre an deutlicher Chorea der Oberextremitäten leidet, 3 Töchter bisher keine choreatischen Symptome zeigen, nur gelegentlich an Neuralgien, eine an trockenem Husten leiden.

Patient fiel im Alter von ungefähr 34 Jahren auf den Rücken, hatte von da an über Schmerzen zu klagen und datiren auch aus jener Zeit seine choreatischen Bewegungen her. — Bei der Aufnahme ins Krankenhaus zeigte er Chorea der Finger, Hände, Arme, Füsse, Beine, des Kopfes und der Zunge (Zunahme der Erscheinungen bei intendirten Bewegungen, bei der Defäcation und beim Uriniren), ziemliche Demenz, Taubheit, gesteigerte Kniereflexe etc. Am 8. Tage stellten sich plötzlich 104 ° F. Körpertemperatur, grosse Prostration, Schmerzen im Unterleibe ein; der Tod erfolgte nach wenigen Stunden. Section wurde nicht gestattet.

Buschan.

587) **R. Massalongo** (Verona): Ballismo chronico. Ein Beitrag zur Pathologie der Chorea.
(Il Policlinico Vol. II, fasc. 9, Roma 1895)

Massalongo liefert einen Beitrag zur Kenntniss der chronischen progressiven Chorea, die in Italien besonders von Cirincione und Mirto eingehender studirt und geschildert worden ist (La Psichiatria 1889, fasc. 3—4).

M. selbst hat einen einzigen Fall von Chorea magna in der Salpêtrière von Charcot vorstellen sehen und meint, dass sie äusserst selten sei, mehr eine historische Reminiscenz, will aber die chronische progressive Chorea als eine besondere Nervenkrankheit aufrecht erhalten wissen. Die characteristischen Symptome der letzteren seien 1. langsamer, chronischer Verlauf mit allmählicher Zunahme der choreatischen Bewegungen unter gleichzeitiger fortschreitender Verminderung der willkürlichen Bewegungen; 2. Sprachstörungen; 3. psychische Störungen — Gedächtnisschwund, manische Anfälle und Blödsinn — und endlich 4. Ausgang in Tod. Der von M. beobachtete Fall von Chorea erinnerte in seinen Hauptsymptomen an die Chorea magna (auch als Chorea rythmica, Chorea medioævalis, Chorea St. Viti, Danzomania, Corea S. Giovanni, Orchestromania, Choreomania, Chorea Germanorum, Tanzplage bezeichnet); er will die von ihm beobachtete Form Ballismo chronico nennen, weil der Kranke durch die fortwährenden choreatischen Bewegungen in einen Zustand anhaltenden Tanzens (ballare) gerieth. Aus der Krankengeschichte ist Folgendes hervorzuheben: Vater des Kranken gesund, Mutter starb an Mania pellagrosa, eine Tante starb geisteskrank in einem Irrenhaus. Kranker selbst in seiner Jugend gesund. Keine syphilitische Infection, kein Alcoholismus. In der Schlacht bei Sadowa 1866 Sturz von einer unterminirten Brücke in den unten fliessenden Strom, aus dem er sich mit Mühe errettete. Der hier ausgestandene Schreck bildet die Ursache der alsbald nach der Entlassung vom Militär eingetretenen Krankheit. Es zeigten sich zunächst unfreiwillige Bewegungen der Hände und der Arme, aber nur leicht, so dass der Kranke seiner Beschäftigung als Landmann noch weiter nachgehen konnte. Nach einigen Jahren ergriffen diese choreatischen Bewegungen auch die unteren Extremitäten und wurden so heftig, dass der Kranke seine Beschäftigung aufgeben musste. Gleichzeitig traten psychische Veränderungen auf: der Kranke wurde melancholisch, schweigsam, apathisch, das Gedächtniss nahm ab, so dass er sich nicht mehr auf bestimmte Namen und Oertlichkeiten zu besinnen vermochte, bis schliesslich die Erinnerung an die Vergangenheit ganz erlosch Im Verlauf einiger weiterer Jahre wurden die choreatischen Bewegungen, die nun fast den ganzen Körper ergriffen, immer heftiger und häufiger, so dass fast kein Tag verging, an dem der Kranke nicht hinfiel. Die Sprache wurde stotternd, mühsam, unverständlich. Die vegetativen Functionen erfuhren keine Veränderung.

Die Aufnahme des status præsens ergab Folgendes: Häufige Zuckungen der Augenlider und der Mundmuskulatur; Kopf in steter Bewegung nach allen Richtungen hin, Zunge kann nicht gerade gehalten werden. Sehschärfe normal, Pupillen reagiren prompt auf Licht und bei Accomodation, ophthalmoscopische Untersuchung und Gesichtsfeldmessung nicht ausführbar. Gehör, Geruch, Geschmack gut. Obere Extremitäten zeigen unausgesetzt schleudernde choreatische Bewegungen nach allen Richtungen, Rumpf gleichzeitig von heftigen Flexions-, Extensions- und Drehbewegungen ergriffen. Untere Exrtemitäten zeigen ausgedehnte, heftige choreatische Bewegungen, die den Kranken, wenn er sich einmal erhoben hat, dazu zwingen, in einem fort zu tanzen, von einem Fuss auf den anderen zu hüpfen, bald nach vorn, bald nach rückwärts, bald zur Seite, so dass der Kranke sich auf

einen Stock stützt, um nicht zu fallen. Eine genauere Beschreibung dieses tollen Kreistanzes (ridda indiavolata) war unmöglich, weshalb der Abhandlung einige ihn veranschaulichende Zeichnungen aus der Hand des bekannten Veroneser Malers Angelo dall'Oca Bianca nach einer Anzahl Momentphotographien beigefügt sind. Nur während des tiefsten Schlafes bleiben die choreatischen Bewegungen weg. Die Sprache des Kranken ist langsam, verworren, unverständlich, er bezeichnet das Gewünschte mit Gesten und einsilbigen Ausrufen. Sensibilität normal. Haut- und Sehnenreflexe um ein geringes herabgesetzt. Herz, Lungen, Nieren gesund. Beginnende Arteriosclerosis. Alter des Patienten 52 Jahre.

Hysterie war auszuschliessen, weil kein einziges Symptom derselben, auch nur angedeutet, nachweisbar; ebenso sind auszuschliessen: Ataxia locomotrix, Athetosis, Spasmus reflexus saltatorius. Die Krankheit besteht länger als 20 Jahre und hat den robusten Organismus des Kranken kaum geschwächt.

M. bezeichnet die Chorea chronica als eine Abart der Chorea minor Sydenham und den von ihm geschilderten Fall als Chorea minor von chronischem und progressivem Verlauf mit dem symptomatischen Bild der Chorea magna. Die Tanzplage des Mittelalters sei nicht ausschliesslich hysterischen Ursprungs gewesen, wahrscheinlich seien auch Choreatische im modernen Sinne dieses Wortes unter den davon Ergriffenen gewesen. Bestimmte pathologisch-anatomische Veränderungen des Centralnervensystems nach Chorea und auch nach Chorea magna seien nicht aufgefunden worden, man sei nur zu den folgenden Schlüssen berechtigt:

1. dass die Chorea durch verschiedenartige tiefgreifende Veränderungen in verschiedenen Gebieten des Gehirns und Rückenmarks hervorgerufen sein kann;
2. dass die Chorea um so ausgesprochener sei, je tiefgreifender die materiellen oder functionellen Veränderungen des Centralnervensystems seien, oder je directer die motorischen Centren davon betroffen seien;
3. dass die Physiognomie des Krankheitsbildes nicht nur von der Ausdehnung und Tiefe der materiellen Veränderung in dem Centralnervensystem, sondern hauptsächlich von der individuellen Constitution des Kranken in ihrer Gesammtheit abhängig ist (Erblichkeit, neuropathische Veranlagung);
4. dass man für die Chorea chronica zur Annahme einer Functionsveränderung des Centralnervensystems seine Zuflucht nehmen müsse und
5. dass in entzündlichen oder reizenden Processen autotoxischen oder heterotoxischen Ursprungs im centralen Nervensystem von progressivem oder regressivem Character die hauptsächliche Ursache der Chorea zu suchen ist. Schreck und andere heftige Gemüthserregungen rufen die Veränderung der Functionalität der sensoriellen und motorischen Centren hervor und führen je nach ihrer Stärke acute oder chronische Chorea herbei.

Reichelt (Sonnenstein).

---

588) **Gilbert Ballet**: La chorée congénitale.
(Bullet. méd. 1896, S. 223, 4. März.)

Von den bisher publicirten Fällen von congenitaler Chorea scheidet B. von vornherein 16 (Pritchard, Constant, Monod. Baron, Richter, Fox, Heller, Möbius, Oppenheim, Miohon, Diller, Grey, Sinkler, Collins, Wyman, Bastide) von der Betrachtung aus, weil diese wegen ungenügender oder ungenauer Beobachtung für die Wissenschaft ohne Werth sind. — Als zweite Gruppe fasst er die 6 Beobachtungen von Eisenlohr, Ross, Hadden, Rau und Ganghofer (2) zusammen. Dieselben characterisiren sich durch das Zusammenfallen von choreatischen Bewegungen mit einer mehr oder weniger stark ausgeprägten Muskelsteifigkeit und erhöhten Sehnenreflexen. Ihre Form gehört den cerebralen Diplegien an, in deren Verlaufe sie nur eine symptomatische Episode darstellt. — Zu einer dritten Gruppe rechnet B die Fälle von H. Rieder, Johnston, Schlesinger und eine eigene Beobachtung, die er ausführlich mittheilt. Er analysirt die letzteren und findet, dass sie sich als eigene Gruppe von der vorigen gut unterscheiden, sowohl symptomatisch — (1. durch das Fehlen der Muskelsteifigkeit und der gesteigerten Reflexe, 2. durch die bis zu einem gewissen Grade erhalten gebliebene Intelligenz der Kranken, die als einfach Schwachsinnige (débiles) zu bezeichnen sind im Gegensatz zu den Kranken mit cerebralen Diplegien, die Idioten, Imbecille, Anstaltsinsassen vorstellen,) — als auch ätiologisch 3. durch ein Geborensein zur rechten Zeit im Gegensatz zu den Diplegischen, die zumeist im 7. oder 8. Monat zur Welt kommen, und 4. durch ein Geborensein ohne Mühe oder Kunsthilfe, im Gegensatz zu den Kranken mit cerebralen Diplegien, die oft nur durch schwere Geburt zur Welt kommen. Dazu kommt 5, dass in einzelnen der zu Gruppe 3 gehörigen Fälle directe Vererbung beobachtet worden ist.

Diese Argumente genügen, um die beiden Gruppen 2 und 3 als selbstständige Krankheitsformen von einander zu trennen, als spasmodische und als flaccide congenitale Chorea.

In nosologischer Hinsicht ist B. geneigt, die letztere Form (3. Gruppe) zur hereditären, tardiven Chorea Huntington's zu stellen (forma præcox).

Die Prognose ist eine ungünstige; das Leiden ist chronisch und verliert sich wohl niemals ganz. Um indessen seine Intensität etwas abzuschwächen, empfiehlt sich die Anwendung von Arsenik- und Brompräparaten, sowie von Hydrotherapie. Indessen möge man über die Tragweite und Dauer etwa zu erreichender Resultate sich keinen Illusionen hingeben.

Buschan.

---

58) **Brissaud**: La chorée variable des dégénérés.
(Revue neurologique Nr. 14, 1896.)

Als Chorea variabilis bezeichnet B. eine Chorea, „welche weder Gleichförmigkeit in ihren thatsächlichen Manifestationen, noch Regelmässigkeit in ihrer Entwicklung, noch Constanz in ihrer Dauer hat. Sie kommt und geht, hört plötzlich auf, erscheint mit einem Mal wieder, verschwindet von Neuem, mit bald schnellen, bald langsamen Bewegungen, ohne vorherrschende Localisation. Es ist eine Neurose, welche der symptomatischen Beständigkeit entbehrt.“ Den Myoclonien will Br. die die Neurose characterisirenden unwillkürlichen Bewegungen nicht anreihen, weil der Begriff

der Myoclonie zu vag ist; dagegen glaubt er, dass dieselben in das Gebiet der im gewöhnlichen Leben als „mouvements nerveux“ (im Deutschen etwa als Nervenzucken) bezeichneten motorischen Störungen gehören. Die Bewegungen in den in Betracht kommenden Fällen „sind weder tonische noch clonische Krämpfe, noch weniger Gewohnheitstics; es sind complicirte Contractionen, im Allgemeinen ziemlich lebhaft, aber nicht gewaltsam und den einfachsten automatischen Acten sehr ähnelnd: z. B. ein Schritt vorwärts, ein Achselzucken, ein Stirnrunzeln, ein Seufzer, ein Zungenschlag, Schnalzen mit den Fingern, am häufigsten eine Geste der Ungeduld; aber alles dies ist so flüchtig, dass man darin kein ausgesprochenes und convulsives Phänomen erblicken kann. Die erwähnten Contractionen haben ausserdem das Besondere, dass sie trotz ihrer Complicirtheit von dem Kranken, welcher sie ausführt, nahezu ignorirt werden.“

Die Chorea variabilis findet sich nur — auf diesen Umstand legt Br. besonderes Gewicht — bei einem gewissen neuropathischen Zustande; die Kranken gehören in die Klasse der Degenerirten im eigentlichen Sinne.

Beobachtung I.

Infantilismus, Microcephalie, Cryptorchismus, Chorea variabilis.

Jean Mass, 16 Jahre alt, von dem Aussehen eines kaum 12jährigen Knaben. Die Orchidopexie wurde mit Erfolg ausgeführt. Während des Aufenthaltes im Hospital wurden die hier in Betracht kommenden nervösen Störungen zum ersten Male beobachtet: fortwährendes Grimassiren des Gesichtes, absatzweise erfolgende, ungeschickte Bewegungen der Glieder mit seltsamen Stössen. Er war als Kind immer klein und schwächlich, hatte einen intermittirenden Ohrenfluss, welchen keine Behandlung beseitigen konnte; mit 18 Monaten Convulsionen, Gehen erst mit 3 Jahren; um diese Zeit Anfälle von Spasmus glottidis; in der Schule lernte er Lesen und Schreiben ohne Schwierigkeiten. Sein physischer Zustand blieb jedoch prekär. Der Vater war Potator, die Mutter ist „impressionable“.

Bei der Aufnahme glaubte man, zumal 2 oder 3 Tage vorher eine leichte Anschwellung der Fussgelenke sich eingestellt hatte, es mit der gewöhnlichen rheumatischen Chorea minor zu thun zu haben. Nach 2 Tagen war die Chorea verschwunden; dieselbe erschien jedoch alsbald wieder und unterschied sich von der gewöhnlichen Chorea minor durch gewisse sehr ausgesprochene Eigenthümlichkeiten. Die Bewegungen zeigten nicht nur von einem Tag zum anderen, sondern von einer Minute zur anderen grosse Inconstanz.

Nach dreimonatlichem Hospitalaufenthalt ist Jean M. relativ ruhig, aber die geringfügigsten Einflüsse veranlassen ihn zum Gesticuliren. Bewegungen der Finger, Drehen der Hand, Achselzucken etc.; er weint und lacht auch wie ein Kind beim geringsten Anlasse. Die intellectuellen Fähigkeiten sind verhältnissmässig zurückgegangen. Der 16jährige Knabe kann nur sehr mangelhaft multipliciren, hat beim Schreiben Mühe, die Buchstaben fertig zu bringen etc.

Beobachtung II.

Geistige Desequilibration, physische Degenerationszeichen, Chorea variabilis.

Henriette L., 30 Jahre alt, Arbeiterin. In der Familie von Nerven- oder Geisteskrankheiten nichts bekannt. Die Patientin kam ausgetragen zur

Welt, als Kind immer traurig und verschlossen, entwickelte sich sehr langsam und besuchte die Schule wenig. Sie ist unfähig, die einfachste Division zu machen. Der untere Winkel des rechten Schulterblattes steht 3 - 4 cm tiefer als der des linken, obwohl keine Scoliose vorhanden ist; mehrfache Degenerationszeichen; der Busen kaum entwickelt, der ganze Habitus der des Infantilismus. Zu den Degenerationszeichen „gesellt sich eine choreiforme Instabilität des ganzen willkürlichen Muskelsystems. Sie verstärkt sich und schwächt sich ab entsprechend unbekannten Umständen, verändert ihre Localisation wie ihre Intensität; zuweilen verallgemeinert, zuweilen beschränkt sie sich, zuweilen verschwindet sie auch, ohne dass man irgendwie die Form oder Dauer dieser Schwankungen vorhersagen könnte. Es ist also wohl ein typischer Fall von Chorea variabilis bei einer Degenerirten."

Beobachtung III.

Psychopathische Degeneration, Hysterie, trophische Störungen, Chorea variabilis.

Marie M., Dienstmädchen, 26 Jahre alt, von mittlerer Statur, kräftig und wohlbeleibt, zeigt bei der Aufnahme im Hospital St. Antoine Erscheinungen, welche die Diagnose: Chorea electrica veranlassten (blitzartige, bald isolirt, bald gleichzeitig auftretende, heftige Zuckungen der Arme, Beine, des Kopfes, der Schultern), Am nächsten Tage waren diese Zuckungen fast vollständig verschwunden. Es wurde eruirt, dass die Patientin ausgetragen zur Welt kam und nicht frei von erblicher Belastung ist (die Mutter nervös, der Vater an Phthise 47 Jahre gestorben, ein Bruder von gewaltthätigem Character etc.); Menses nur alle 3—4 Monate, zum ersten Male mit 20 Jahren, seit dem Erscheinen derselben ist die Patientin hysterisch (Anfälle gefolgt von Wuthanwandlungen und unwiderstehlichen Impulsen, Coxalgie mit Contractur am linken Beine, heftige Cèphalea, Schlafmangel etc.). Die Patientin wechselt angeblich in Folge eines unwiderstehlichen Bedürfnisses nach Veränderung häufig ihre Stellung und ihren Aufenthalt. Vor 8 Monaten kam sie nach Paris; sie litt damals bereits lange — Genaueres über die Zeit des Beginns weiss sie nicht anzugeben — an Zuckungen, welche sie am Gehen, Sichaufrechthalten und selbst am Arbeiten im Sitzen behinderten. Nach einem 6monatlichen Aufenthalt im Hospitale Neckor tritt sie in die Salpêtrière ein, wo sie Anfälle mit Zungenbiss und vollständigem Verlust des Bewusstseins hatte; nach einiger Zeit verliess sie, da sie sich langweilte, auch dieses Hospital und trat in St. Antoine ein. Die Patientin klagt über Schmerzen in allen Theilen und Schlafmangel. Die choreatischen Bewegungen sind nicht mehr dieselben wie am ersten Tage: nicht rhythmisch. ohne grosse Excursion, langsam die verschiedenen Körpertheile im Ganzen verschiebend, einen Augenblick anhaltend oder sich verringernd, um dann neuerdings sich zu verstärken. Die Kranke beugt und hebt die Hand, dreht den Vorderarm hin und her, gerirt sich wie eine Person, die von Insecten gequält wird etc.; das Gesicht bleibt dabei relativ ruhig. Am nächsten Tage waren diese choreatischen Bewegungen fast vollständig geschwunden, am Nachmittage stellten sich jedoch mehrere Anfälle einer Chorea gesticulatoria mit so sonderbaren Bewegungen ein, dass man an Simulation dachte (Umherschleudern der Arme nach allen Richtungen, Verdrehen derselben etc.); während dieser Anfälle und auch in den Intervallen war die Kranke unfähig zu gehen wegen choreatischer Bewegungen an den

Beinen. In der Folge wechselten Tage der Ruhe oder Remission mit Tagen mit neuen Anfällen; dabei zeigte die Kranke jedoch die Fähigkeit, die Bewegungen durch Willensanstrengung erheblich zu beschränken. An beiden Händen fand sich ein blaues hartes Oedem mit Jucken, Prickeln und Temperaturherabsetzung.

Beobachtung IV.

Absonderlichkeiten, temporäre Disäquilibration, Chorea variabilis.

Denis X., 15 Jahre alt, ein wohlgebildeter Knabe, hat etwas nicht näher definirbares Fremdartiges in seiner Physiognomie. Er ist nach Angabe seiner Mutter sehr intelligent, war immer sehr in seinem Wesen bizarr, furchtsam und sehr empfindlich. Er ist mit Zwangsvorstellungen und Phobien behaftet (Zwang, die Knöpfe an einer Thüre zu berühren, Furcht vor dem kalten Wasser etc.), er lernt gerne und ist in einzelnen Fächern der erste seiner Klasse, in anderen der letzte. Von den „Nervenzuckungen", wegen welcher der ärztliche Rath gesucht wurde, gehört ein Theil den Tics, ein anderer der Chorea an. Gewisse Bewegungen erfolgen viel häufiger als andere, so gewisse sinnlose Gesten, welche der Kranke unter bestimmten Verhältnissen ausführt, Greifen nach dem Halse, nach der Mütze, nach den Augen mit der rechten Hand auf dem Schulwege, während er seine Bücher unter dem linken Arm trägt, Streckung und Beugung des rechten Beines während der Mahlzeiten etc. Neben diesen ticartigen Bewegungen bestehen choreatische Zuckungen der Glieder, des Stammes und Kopfes mit der daraus resultirenden Ungeschicklichkeit. Der Knabe hat gute und schlechte Perioden, Tage und Stunden, die Bewegungen sind weder in ihrer Form noch in ihrer Intensität immer gleich. Die Mutter kann nicht angeben, seit wann ihr Sohn leidend ist; in letzter Zeit hat sich der Zustand verschlimmert. Kein Zeichen von Hysterie. 3 Jahre später (1896) waren alle Symptome der Chorea verschwunden, der 18jährige Denis X. ein kräftiger junger Mensch, noch etwas sonderbar und schüchtern, aber fleissig und für sein Examen wohl vorbereitet.

Mit dem Paramyoclonus multiplex hat die Affection nichts gemeinsam. Der Chorea minor gegenüber kommen die plötzlichen und ganz unerwarteten Schwankungen im Verlauf der Affection, die Vielfältigkeit der Bewegungsstörungen und die Beeinflussung derselben durch den Willen in Betracht. Der chronischen (Huntington'schen) Chorea gegenüber bildet die Veränderlichkeit, das Schwanken der Erscheinungen das differentialdiagnostische Hauptmoment; die chronische Chorea ist ein exquisit progressives Leiden, diese Progressivität mangelt bei der Chorea variabilis; für diese ist die Veränderlichkeit das Characteristische. Auch von der von Ziehen erwähnten Chorea minor mit aufeinanderfolgenden Recidiven (Chorea chronica recidivans) ist die Chorea variabilis zu unterscheiden; bei ersterer handelt es sich um eine chronische Chorea von unbestimmter und wahrscheinlich unbegrenzter Dauer, während die Chorea variabilis eine vorübergehende Störung bildet.

L. Löwenfeld.

---

590) **A. N. Bernstein** (Moskau): Die psychischen Erscheinungen der Chorea minor. (Psichitscheskije projawlenije maloi choreï.)

(Kowalewskij's Archiv, XXVII, S. 1—15.)

B. findet das in der Litteratur mehrfach skizzirte Bild der choreatischen Psychose unklar und verschwommen; er betrachtet Psychosen bei Chorea als blosse Complicationen, betont dagegen die Störungen der Aufmerksamkeit und der Affect-Sphäre bei Chorea als regelmässige Erscheinungen. Ihr Auftreten erscheint ihm als bedingt vor einer Affection auch der nicht motorischen Bezirke der Rinde durch dieselben elementaren Störungen, die sich vorwiegend in den motorischen Territorien abspielen; in eingehender Analyse sucht er die Erscheinungen der Manie aus erleichterter und beschleunigter Association, die der — nicht durch Psychosen complicirten — Chorea durch corticale Irradiation zu erklären.

Die eigentlichen Psychosen Choreatischer lässt er durch secundäre Momente auf dem Boden der Chorea, die ein degeneratives Feld schüfe, erwachsen.

Kurella.

591) **Nonne** (Hamburg-Eppendorf): Ueber pseudospastische Parese mit Tremor nach Trauma.

(Neurol. Centralbl. 1896, Nr. 20 u. 21.)

Im Anschluss an die von Fürstner berichteten Fälle veröffentlicht N. ausführlich die 7 Fälle von Unfallsneurosen, die ihm Anlass zu seiner kurzen Mittheilung gegeben haben, auf welche Fürstner Bezug nimmt.

Auf Grund der von Fürstner berichteten 2 und dieser 7 Fälle, welche zwar viel Interessantes bieten, aber in einem kurzen Referat nicht wiedergegeben werden können, stellt N. das Krankheitsbild folgendermassen dar:

Die Ursache ist eine Verletzung, welche fast immer den Rumpf, besonders den Rücken, zuweilen mit anderen Körpertheilen zusammen trifft. Schwere Allgemeinerscheinungen können fehlen, dagegen bestehen manchmal sehr hartnäckige Schmerzen im Rücken, Kreuz und Brust. Nach Tagen, Wochen und Monaten entwickelt sich der motorische Symptomencomplex. Die Kranken bekommen ein subjectives Gefühl von Schwäche und leichter Ermüdbarkeit in den unteren Extremitäten. Dazu gesellt sich Zittern bei intendirten Bewegungen, das an Intensität langsam zunimmt und immer leichter in Erscheinung tritt; in hochgradigen Fällen schüttelt der ganze Körper mit. Die Muskeln der betroffenen Extremitäten zeigen eine starke Neigung in Contractur zu gerathen. Der Gang wird bedingt durch die Art und Weise, wie die Kranken diese Contracturen und den Tremor zu überwinden wissen. Eigentliche Muskelparesen bestehen nicht, nur ein grosses Missverhältniss zwischen der massigen Muskulatur und der geringen Muskelkraft.

Sensibilitätsstörungen und andere Symptome schwerer Neurosen (Polyurie, Tachycardie) können bestehen, aber auch fehlen. Sehnenreflexe und Hautreflexe durchgehends lebhaft, typischer Patellar- und Achillesclonus kommt aber nicht vor.

Der motorische Symptomencomplex kann isolirt oder begleitet von den Symptomen einer allgemeinen Neurose in Erscheinung treten. Das Krankheitsbild ist im Wesentlichen jedenfalls functionell bedingt. In allen Fällen wurde von einzelnen Untersuchern vorübergehend Simulation angenommen.

Die Prognose ist schlecht; eine Heilung resp. Besserung fand nur in einem Falle statt. Hoppe.

592) **A. Epstein** (Prag): Ueber kataleptiforme Erscheinungen bei rhachitischen Kindern. — Vortrag in der Section für Kinderheilkunde der Frankfurter Naturforscherversammlung 22./IX. 1896.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 40.)

E beobachtete bei 8 Kindern von $1/2$ bis $3 1/2$ Jahren mit hochgradiger florider Rhachitis die Erscheinung ausgeprägter Katalepsie. Die Glieder, besonders die oberen Extremitäten, blieben 15—45 Minuten in der ihnen gegebenen Stellung. Auch die durch Faradisation hervorgerufenen Stellungsveränderungen wurden beibehalten. Die Kinder zeigten neben Rhachitis grosse körperliche Schwäche und eine gewisse geistige Zurückgebliebenheit, Apathie und Depression.

Jedenfalls handelt es sich um eine Störung der psychomotorischen Thätigkeit. Nach E. gehört dieselbe vielleicht in die Gruppe der bei rhachitischen Kindern öfter vorkommenden nervösen Störungen, wie Tetanie, Spasmus glottidis, Neigung zu Convulsionen. Hoppe.

593) **L. Stembo** (Wilna): Ein Fall von sogenanntem Paramyoclonus mit Zwangserscheinungen.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 44.)

Eine 21jährige nervöse, etwas belastete Frau bekam in Folge unzureichender potentia cœundi ihres Mannes in der Hochzeitsnacht einen heftigen Krampfparoxysmus, der sich mit starken clonischen und tonischen Zuckungen mehrmals in der Nacht wiederholte. Nach 14tägiger Abstinenz rief ein neuer misslungener Cohabitationsversuch die Anfälle wieder hervor, die weniger intensiv waren, aber mit einem unwiderstehlichen Drange, gewisse Wörter und Reden auszustossen, verbunden waren. Sie cessirten erst, als ihr Mann nach einer Cur die Potenz erlangt hatte, kehrten aber mit der bald darauf eintretenden Gravidität wieder. Dieselben waren von verschiedener Dauer, Ausbreitung und Heftigkeit, ergriffen fast die gesammte Muskulatur mit Ausnahme des Gesichts, symmetrische Muskeln gewöhnlich gleichzeitig und gleich stark. Amplitude und Tempo der Zuckungen, welche in Paroxysmen von 5—10minutiger Dauer sich wiederholten, waren verschieden gross. In den verschieden langen Pausen Wogen und Zuckungen in den verschiedensten Muskelgruppen, einzelnen Muskeln oder Muskeltheilen.

Im Liegen waren die Anfälle am stärksten, im Sitzen schwächer (auf Kopf und Arme beschränkt) und im Gehen am schwächsten (leichte Zuckungen in den oberen Extremitäten). Die Anfälle hinderten am Einschlafen, hörten aber im Schlafen auf. Psychische und physische Reize lösten solche aus oder verstärkten sie. Einzelne Anfälle waren mit Coprolalie verbunden.

In der nächsten Schwangerschaft erschienen die Anfälle, aber in viel geringerem Grade wieder und exacerbirten während einer Erkrankung ihres ersten Kindes.

Das Eigenthümliche dieses Falles von Myoclonie liegt nach S. in der Verbindung mit Coprolalie, welche zeigt, dass dieser Fall in das Gebiet der Hysterie gehört, wie der allergrösste Theil der Fälle von Myoclonie und ähnlicher Krampfformen. Hoppe.

594) **Seppilli** (Brescia): Familiäre Myoclonie, verbunden mit Epilepsie. (Un caso di mioclonia famigliare associata all'epilessia.)

(Rivista sperimentale 1895, Bd. 21, S. 326—335.)

Zwei Brüder und eine Schwester im Alter von 25—30 Jahren sind als Epileptiker in der Irrenanstalt. Der Vater war ein trunksüchtiger, verschwenderischer Verbrecher von sehr bizarrem Character. Alle drei Geschwister leiden an Muskelzuckungen, die in clonischen Contractionen einzelne Muskelgruppen mit Lageveränderung der betreffenden Extremität, fibrillären Oscillationen und in vereinzelten brüsken, ganz momentanen Contractionen bestehen, auch Rumpf- und Gesichtsmuskeln befallen und in der Ruhe wie bei spontanen Bewegungen auftreten, im Affect stärker werden, im Schlaf ausbleiben, in den prä- und post-epileptischen Zeiten zunehmen. Manchmal kommen complicirtere, an tic généralisé grenzende Zuckungsgruppen vor; das Leiden vereint Züge des Paramyoclonus, der Chorea electrica und des tic généralisé. S. spricht sich in überzeugenden Ausführungen für den corticalen Sitz und die Neurosen-Natur dieser wie anderer Fälle von Myoclonie aus und betont die degenerative Natur derselben. In allen drei Fällen schwere Degenerationszeichen, besonders in der Sphäre der secundären Sexual-Charactere.

Kurella.

C. Psychiatrie.

1. Allgemeine Psychopathologie.

595) **F. E. Rybakow** (Moskau): Zur Frage nach der Narkolepsie. (K wopprossu o narkolepsii.)

(Kowalewskij's Archiv 1896, Bd. XXVIII, S. 58—77.)

Ein 18jähriger Student aus nervöser Familie, im höheren Alter seines Vaters gezeugt, leidet seit einem 1893 überstandenen Abdominaltyphus an einer Neigung zum Schlafen am Tage. Im Herbst 1894 steigerte sich dieselbe so, dass er mit Mühe sich während des Unterrichts wach erhielt, auf dem Heimwege an Vorübergehende anstiess und sich zu Hause sofort auf's Bett warf, um 7—8 Stunden zu schlafen. Dann reitet er aus, arbeitet zu Hause einige Stunden und verbringt die Nacht in unruhigem Schlaf, sich hin und her wendend. Am Morgen fühlt er sich matt und bald auch wieder schläfrig. Zugleich fing er an, Waffen zu sammeln, und fühlte beim Anblick eines Revolvers das Verlangen, auf ein lebendes Wesen zu schiessen.

Im Januar 1895 sucht er die Moskauer psychiatrische Klinik mit der Klage über hartnäckige Schlaflosigkeit auf, denn unter Schlaf versteht er einen Zustand, nach welchem er sich frisch und arbeitsfähig fühlt. In der Klinik änderte sich der Zustand nur wenig; der Kranke wurde schon um 11 Uhr früh müde und hatte 3 und 4 Anfälle von Einschlafen, die von 5 Minuten bis zu einer Stunde, meist 20—30 Minuten dauerten. Der Schlaf war ziemlich tief, abnorme Erscheinungen traten während desselben nicht auf. Nachts schlief er 6—7 Stunden, ziemlich tief. Dabei besteht am Tage beständig Verlangen nach Schlaf.

Irgend welche anderen krankhaften Erscheinungen liessen sich nicht nachweisen.

Der Verfasser giebt eine sehr vollständige Litteratur-Uebersicht und nimmt an, dass es sich bei dieser Form der Schlafsucht um einen krankhaften Hang eines Degenerirten handelt, analog dem unwiderstehlichen Hange

Degenerirter zu Verbrechen, zum Trunk u. s. w. Als wesentlichen Zug der Krankheit bezeichnet er den Drang zu schlafen.

Eingehende differential-diagnostische Erörterungen bilden den Schluss der Arbeit.

Kurella.

596) **Pitres:** De la perte de connaissance dans les attaques d'hystérie. (Revue neurologique, Nr. 17, 1896.)

Der Verfasser betont zunächst, dass man, um das Gesetzmässige an dem geistigen Zustande während der hysterischen Anfälle zu eruiren, vor Allem an dem, was man gemeinhin Verlust der Besinnung nennt, die Phänomene des Bewusstseins und die des Gedächtnisses zu unterscheiden hat. Man muss ferner den Zustand des Bewusstseins und des Gedächtnisses in jeder Periode der regelmässigen hysterischen Anfälle und in jeder Form der unvollständigen und unregelmässigen Attaquen studiren. Er resumirt seine Erfahrungen über diese Punkte in folgenden Sätzen:

1. In der präconvulsiven Periode der vollständigen und regelmässigen hysterischen Anfälle und in den fragmentären Anfällen, welche lediglich durch die gewöhnlich in dieser Periode auftretenden Erscheinungen characterisirt sind (Anfälle von Schluchzen, Gliederstrecken, Zuckungen etc.), sind Bewusstsein und Gedächtniss vollständig erhalten.
2. In der convulsiven Periode der regelmässigen Anfälle und in den unvollständigen Anfällen, welche lediglich von tonischen und clonischen Convulsionen von epileptoidem Typus gebildet werden, sind Bewusstsein und Gedächtniss vollständig erloschen. In den unvollständigen und unregelmässigen Attaquen, in welchen die Convulsionen sich sogleich in der clonischen Form zeigen, bewahren die Kranken mitunter genügend geistige Klarkeit, um sich Rechenschaft von dem um sie her Vorgehenden zu geben und auf Fragen zu antworten. Aber trotz dieser anscheinenden Persistenz des Bewusstseins entgeht es ihnen, dass sie Convulsionen haben und sie erinnern sich nach Beendigung der Attaque nicht, dass sie ungeordnete unwillkürliche Bewegungen machten.
3. In der postconvulsiven Periode der regelmässigen Anfälle und in den Anfällen, welche lediglich durch hypnotische Syndrome repräsentirt werden (Anfälle von hysterischem Schlaf, Katalepsie, Lethargie, Delirien), erhalten sich Bewusstsein und Gedächtniss genau wie in den Fällen, in welchen diese Syndrome nicht Aequivalente von Anfällen sind, d. h. ausser bei einigen ziemlich seltenen Varietäten (tiefe Lethargie, acutes maniakalisches Delirium etc.), ist das Bewusstsein während der hypnotischen Episode erhalten und die Erinnerung an die Ereignisse während derselben zwar im normalen Wachzustande erloschen, aber der vollständigen Wiedererweckung in späteren hypnotischen Zuständen (spontanen und künstlich herbeigeführten) fähig.

Das vollständige Erlöschen des Bewusstseins während der convulsiven Periode folgert P. aus dem Umstande, dass die Kranke, wenn man den Anfall durch Druck auf eine krampfhemmende Zone unterbricht oder sich weiter entwickeln lässt, nachträglich von ihren Convulsionen nichts weiss. Diese Amnesie ist jedoch, wie Referent schon anderen Ortes betont hat und hier wieder erwähnen muss, durchaus kein Beweis dafür, dass während

des Vorsichgehens der Convulsionen keinerlei Bewusstsein besteht. Auch hat Pitres die Thatsache unberücksichtigt gelassen, dass die Hysterischen auch während der convulsiven Periode des Anfalles im gewissen Maasse der Suggestion zugänglich sind. Seine Auffassung von dem Geisteszustande während der convulsiven Periode des hysterischen Anfalles bedeutet lediglich die Rückkehr zu einem Standpunkte, den man bereits als überwunden betrachten konnte. ——— L. Löwenfeld.

597) **Magnan:** Délires dans l'épilepsie et l'hystérie.
(Progrès médical 1896, 16, leçons recueillies.)

Accidentelle Psychosen nennt M. diejenigen, für welche eine unmittelbare Veranlassung vorhanden ist, mit deren Eintritt und Schwinden die Psychose kommt und geht. Er rechnet hierzu zunächst die durch epileptische und hysterische Neurosen bedingten Geistesstörungen.

Die folie épileptique folgt oder ersetzt den epileptischen Anfall; characteristisch ist für dieselbe der Automatismus und die völlige Amnesie nach ihrem Ablaufe. Sie verläuft unter verschiedener Form, theils als manische, melancholische, extatische, stupide, circuläre Psychose, theils als mehr weniger systematisirtes Delir. Hallucinationen, meist schreckhafter Natur, sind fast constant vorhanden.

Das präepileptische Irresein hingegen stellt nach M. nur eine temporäre Steigerung der den Epileptischen eigenen Affectivität dar.

Die Epilepsie verursacht eine Veränderung der Psyche des Kranken, besonders insoweit, als sie eine erhöhte Reizbarkeit zur Folge hat. Andererseits aber können allgemeine Störungen, auf intellectuellem oder moralischem Gebiete ab origine bestehen, als Ausdruck der vorhandenen psychischen Degeneration. Diese nun kann ihrerseits den Grund für Psychosen abgeben, welche völlig unabhängig vom epileptischen Anfalle verlaufen und welchen die oben genannten Characteristica der folie épileptique nicht zukommen. Sie können aber ebenfalls unter allen möglichen Formen auftreten, sogar als délire chronique.

Bei Hysterischen kommen nach M. 2 Formen von Psychosen vor: die eine stellt nur die vierte (hallucinatorische) Periode des hysterischen Anfalls (nach Charcot) dar, die andere tritt ganz unabhängig vom Anfall auf und unterscheidet sich nicht von den gewöhnlichen Psychosen; meist sind es jedoch solche Formen des Irreseins, die auf dem Boden der Degenerescenz zu entstehen pflegen.

598) **Magnan:** Délire alcoolique et délires systematisés dans l'alcoolisme.
(Progr. méd. 1896, 29.)

Eine zweite Gruppe der accidentellen Psychosen bilden die folies toxiques. Der Typus derselben stellt das délire alcoolique dar.

Verf. giebt zunächst eine geradezu klassische Beschreibung der psychischen Symptome des Alcoholdelirs. Er hebt 3 Characteristica für die im Alcoholdelir auftretenden Hallucinationen hervor; 1. Sie sind immer schreckhafter Natur, 2. sie sind in ihrer Erscheinungsform wechselnd und 3. der Kranke sucht sich gegen dieselben zu wehren. Tritt Genesung ein, so verschwinden die Hallucinationen, indem sie eine Zeit lang blosse Illusionen darstellen; es gelingt nach M. jedoch noch längere Zeit, durch geeignete

einfache periphere Erregungen, die Hallucinationen wieder hervorzurufen und zwar nicht nur die Gesichtstäuschungen (cfr. Liepmann), sondern auch die des Gehörs, Gefühls etc.

Im zweiten Theil der Arbeit bespricht M. die Combinationen des Alcoholdelirs mit anderen Geistesstörungen. Neben einer wirklichen Combination kommen zahlreiche Fälle vor, in denen der Alcohol nur eine schon bestehende Psychose beeinflusst und zwar gewöhnlich in characteristischer Weise. Sowohl auf den Ausbruch der Epilepsie, wie auf den Geisteszustand des Epileptikers ist der Alcoholmissbrauch von Einfluss. Die einfachen Seelenstörungen erleiden durch den Alcoholismus entweder eine Aggravation der Symptome oder eine Veränderung derselben, z. B. treten sehr häufig die specifischen Hallucinationen hinzu. Oft findet sich Alcoholismus mit psychischer Degeneration vereint und es ist bemerkenswerth, dass der Alcohol bei einem Degenerirten viel schneller psychische Störungen und langsamer als beim Normalen physische Störungen hervorruft. Diese erhöhte Vulnerabilität des psychischen Organs schützt das Individuum gewissermassen vor zu grossem continuirlichem abusus alc. So erklärt es sich, dass ein Degenerirter 10—20 mal wegen Alcoholdelirs ins Asyl kommt, ohne chronischer Alcoholist oder blödsinnig zu werden. Nicht selten täuschen diese Alcoholdelirien der Degenerirten den Beginn einer progressiven Paralyse vor. Während die einfachen Alcoholiker sich nach wenigen Tagen der Abstinenz meist von dem pathologischen Character ihrer Sensationen überzeugen, ist der Degenerirte mehr zu einem weiteren Ausbau seiner deliranten Ideen geneigt; ähnlich verhält es sich mit dem schon zur Demenz neigenden chronischen Alcoholisten.

---

599) **Magnan:** Les délires systematisés dans la paralysie générale.
(Progr. méd 1896, 14.)

Die dritte Gruppe der accidentellen Psychosen bilden die organischen Affectionen des Gehirns. Ihr Fundamentalsymptom bildet nach M. die Abschwächung der geistigen Fähigkeiten, deren Grad je nach der Läsion, welche eine circumscripte oder diffuse sein kann, wechselnd ist Die progressive Paralyse ist eine diffuse interstitielle Encephalitis und veranlasst als solche eine rasch eintretende Trennung der einzelnen Elemente des Bewusstseins; sie ist in Folge dessen ein ungeeigneter Boden für die Ausbildung eines systematisirten Wahnes. M. theilt nun eines der seltenen Beispiele mit, wo sich bei einem Paralytiker in der Remission doch ein délire systematisé entwickelt hat (anfangs Verfolgungsdelir mit zahllosen Hallucinationen theils absurdester Art, später Umwandlung in Grössendelir). Verfasser konnte in diesem Falle nachweisen, dass das délire systematisé während des Fortschreitens des paralytischen Processes zurücktritt, in der Remission aber exacerbirte. Er stellt nun als Regel auf, dass ein délire systematisé bei einem Paralytiker nur möglich ist im Beginne der Krankheit und zur Zeit der Remission, sodann dass dasselbe nur auf schon vorher prädisponirtem Boden entstehen kann Die Lebhaftigkeit des Delirs steht in Abhängigkeit von dem Zustande der paralytischen Affection, seine Existenz ist bedingt durch eine schon früher vorhandene Prädisposition.

Lehmann (Werneck).

---

600) Pick: Ueber die Beziehungen zwischen Zwangsvorstellungen und Hallucinationen.

(Sonderabdruck aus der Prager medic. Wochenschr. 1895.)

Hick's Beobachtung betrifft den ungewöhnlichen Fall, dass der Inhalt einer Zwangsvorstellung gleichzeitig hallucinirt wird. Ein 2 jähriges Mädchen ohne deutliche hysterische Erscheinungen besitzt die mit voller Klarheit als absurd erkannte Zwangsvorstellung, ihre verstorbene Freundin sei fortwährend in ihrer Nähe. Im weiteren Verlaufe sieht sie diese dann beim Nähen auf dem Faden, sich selbst an der Gruft, fürchtet beim Gehen auf Jemanden zu treten etc.

Der Zustand wird durch die Behandlung nicht vollständig zum Verschwinden gebracht.

In Betreff des Zustandekommens der Erscheinung wird auf Galton's Arbeiten über den Antheil des sinnlichen Factors bei der Vorstellungsthätigkeit im Allgemeinen hingewiesen. Wo dieser Intensitätscoefficient einen bestimmten Werth überschreitet, sollen Vorstellungen überhaupt leicht hallucinirt werden, also auch gelegentlich eine vorhandene Zwangsvorstellung.

Jentsch (Turin).

D. Therapie.

601) Claude Wilson (Edinburgh): Jaline Baths in Graves' disease.

(The Practitioner 1895, September.)

Die günstigen Erfahrungen der Gebrüder Schott in Nauheim über die Behandlung der Herzkrankheiten mittelst kohlensäurehaltiger Kochsalzbäder veranlassten den Verfasser, in einem Falle von Basedow'scher Krankheit — eine Frau mit bereits Jahre lang bestehendem Kropf, bei der sich im Anschlusse an eine Pneumonie das Krankheitsbild (Status präsens: Grosse Hinfälligkeit, Nervosität, Abmagerung, Schlaflosigkeit, Anorexie, Schilddrüsenanschwellung, Tachycardie stets 120—160, Tremor) im 49. Lebensjahre entwickelt hatte — dieses Heilverfahren zu versuchen. Bettruhe, Sedativa, Tonica und Nebennierenextract (nicht jedoch Electricität und Schilddrüsenpräparate) waren ohne Erfolg vorher versucht worden.

Es wurde begonnen mit schwachen Kochsalzbädern (1 % Na Cl. und 1 ‰ Ca Cl_2) von Temperatur unter Blutwärme und ohne Kohlensäure-Zusatz, anfänglich jeden 3. Tag, dann allmählich mit der Concentration, Dauer und Temperaturverminderung, sowie der Häufigkeit gestiegen; nach jedem Bade wurde eine Stunde Ruhe bewahrt. — Mit dem Erfolge war W. recht zufrieden: Ausgezeichnetes Aussehen, prächtiger Schlaf, guter Appetit, Zunahme der Körperkräfte, Wohlbefinden und Verrichtung der Functionen wie bei Gesunden, vollständiges Verschwinden des Tremors und bedeutender Rückgang der Pulsfrequenz (manchmal nur gegen 70 Schläge, im Allgemeinen 80—85, bei leichten Erregungen jedoch noch 100—110 und bei schweren noch 120—180); Hals-Umfang unverändert

Buschan.

602) Julius Althaus (London): Die electrische Behandlung der Impotenz.

(Berl. klin. Wochenschr 1896, Nr. 36.)

A. unterscheidet 1. die cerebrale, psychische oder inhibitorische Impotenz (auch nach Kopfverletzungen), wozu auch die Frigidität (die besonders in Zusammenhang mit ungewöhnlicher Intelligenz und Selbstcontrolle,

bei Gelehrten, grossen Juristen, Schriftstellern vorkommen soll) zu rechnen ist und 2. die spinale Impotenz (Reizbarkeit oder Parese), bei der entweder das Ejaculationscentrum oder das Erectionscentrum zuerst leidet.

Bei der cerebralen Impotenz wendet A. die electrische Behandlung nur an, wenn die gewöhnlichen Mittel (Regelung der Lebensweise, stärkere Nervina) nichts helfen. Er applicirt den constanten Strom an den Reflexcentren im Mittelhirn und Hinterhauptslappen. Bei Frigidität kommt, wenn eine mangelhafte Entwicklung der Geschlechtsorgane vorhanden sein sollte, eine örtliche Application hinzu. Bei Impotenz nach Kopfverletzungen leistet A., da eine Unterbrechung der Leitung zwischen den Reflexcentren im Gehirn und Rückenmark anzunehmen ist, 3 Minuten lang einen Strom von 5 M. A. in jeder Richtung von einem Centrum zum anderen.

Bei der spinalen Impotenz applicirt A. bei Ueberreizung des ejaculatorischen Centrums die Anode (10 mal 6 cm) auf den Lendentheil des Rückenmarks an, Kathode (10 mal 10 cm) auf die Magengrube oder in die Hand des Patienten, 5—7 Minuten, 5—10 M. A. In hartnäckigen Fällen muss man die Anode auch auf den prostatischen Theil der Harnröhre wirken lassen. Bei Parese des Ejaculationscentrums kommt entgegengesetzt die Anode in die Magengrube und die Kathode an die Schleimhaut der Harnröhre; 2 Minuten; 1—3 M. A.; 20—40 Unterbrechungen.

Die Franklin'sche und faradische Electricität eignet sich nach A. kaum zur Anwendung.

A. glaubt auf Grund seiner 10jährigen Erfahrung, dass mit der Electricität sich recht gute Resultate erzielen lassen, wenn die Behandlungsmethode genau der Individualität des Falles angepasst wird.

Hoppe.

---

603) **Worotinsky**: Ueber die Suspension als eine Behandlungsmethode bei Nervenkrankheiten.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. 8, p. 75 ff.)

Nach ausführlicher geschichtlicher Darstellung der Lehre von der Suspension als Heilmittel bei Nervenkranhheiten theilt W. 7 Fälle von Tabes dorsalis, 1 Fall von Neurasthenie, 1 Fall von Tuberkulose des unteren Theiles der Wirbelsäule, 1 Fall von Meningomyelitis und 1 Fall von Paramyoclonus mit, bei denen er die Suspension angewendet hat und zwar die Suspension mittels des Apparates von Sprimon. Subjectiv macht sich bei den Kranken ein angenehmes Wärmegefühl, besonders im Rücken, geltend und Schläfrigkeit gegen Ende der Sitzung, worauf ein einige Stunden dauernder angenehmer Schlaf folgte. Objectiv stieg der Puls gegen Ende der Suspension stets um 20 - 30 Schläge. Auch die Athmung wurde häufig rascher. Schweissausbruch auf der Stirne und längs der Wirbelsäule wurde während der Suspension stets beobachtet. Waren bei Tabes die Pupillen- und Kniereflexe verschwunden, so kehrten sie nicht wieder, waren sie jedoch nur abgeschwächt, so schienen sie etwas an Intensität zuzunehmen.

Auf den Neurastheniker war ein günstiger Einfluss zu constatiren, bei der Tuberkulose des unteren Theiles der Wirbelsäule schwanden die

lancinirenden Schmerzen und die Rückenschmerzen wurden schwächer. Bei der Meningo-myelitis trat Rückenschmerz, Schwindel, Zittern und später Fieber auf und bei dem Paramyoclonus verstärkten sich die Krampferscheinungen

W. empfiehlt nach alledem zwar die Suspension als zweckmässiges Heilmittel bei Nervenkrankheiten, will jedoch die Indication der Anwendung streng begrenzt wissen, da sie keineswegs ein indifferentes Mittel darstellt. Vorzügliche Resultate erhielt W. bei Tabes im mittleren Stadium und ziemlich befriedigende bei Neurasthenie und anderen Neurosen. Als symptomatisch gutes Mittel erwies sie sich bei Tuberkulose und anderen Affectionen der Wirbelsäule. Dauber-Würzburg.

604) **J. Targowla** (de Thoiry): De l'éducation motrice graduelle (méthode de Frenkel) et de la revulsion galvanique du rachis dans le traitement du tabes.

(Revue neurologique Nr. 9, 1896.)

Der Verfasser hat bei 6 Tabetischen mit Ataxie die Frenkel'sche heilgymnastische Methode, die er als motorische Erziehung bezeichnet, angewendet und dabei eine erhebliche Besserung des Ganges und des Allgemeinbefindens erzielt. Bei 3 Kranken wurde ausserdem die galvanische Revulsion an der Wirbelsäule nach Witkowski in Gebrauch gezogen. Bei diesen wurde eine Besserung der Blasenstörungen herbeigeführt, in einem Falle auch die Potenz, welche ein Jahr bereits erloschen war, wiederhergestellt. Der Verfasser hält in allen Fällen von Tabes mit Ataxie das Frenkel'sche Verfahren für indicirt. Man erlangt dadurch eine Besserung der locomotorischen Fähigkeiten, welche wieder günstig auf das Allgemeinbefinden und damit unter Umständen auch auf die lancinirenden Schmerzen wirken kann. Der Kranke muss jedoch nach T. nicht nur während der gymnastischen Sitzungen, sondern auch in der Zwischenzeit seine Bewegungen stetig überwachen. Er soll alle Bewegungen langsam ausführen, sich nicht in einen Stuhl fallen lassen, sondern sich langsam setzen, sich eines Stuhles und nicht eines Fauteuils bedienen, sich aufrecht halten, im Sitzen nicht die Beine unbeachtet lassen, sondern dieselben vertical gut auf dem Boden gut aufruhend erhalten. Die galvanische Revulsion führt er in der Weise aus, dass der + Pol in Form einer grossen feuchten Platte auf die obere Partie der Wirbelsäule placirt und mit einer metallenen Bürste, welche den — Pol bildet, die ganze Wirbelsäule entlang auf beiden Seiten der Mittellinie gestrichen wird. Sitzungsdauer 5 Minuten, Stromstärke 5—10 M. A. Die Haut wird dabei stark roth.

L. Löwenfeld.

605) **J. Zabludowski** (Berlin): Ein Fall von Friedreich'scher Ataxie. Behandlung durch Massage. — Vortrag in der Berliner medicinischen Gesellschaft 22./VII. 1896.

(Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 34.)

Heredität ist bei der 9jährigen Patientin nicht nachweisbar. Die Störungen bestehen seit den ersten Lebensjahren. Unsicherer breitbeiniger Gang, meist Laufschritt; langsames Gehen erschwert. Ataxie auch bei den

Bewegungen der Hände, choreatische Bewegungen in den Armen besonders beim Einschlafen, desgleichen auch Zuckungen im Gesicht (Gesichtszüge starr). Sprache langsam und schwerfällig. Oefters Verschlucken, jetzt nur noch bei Aufnahme von Flüssigkeiten. Gelinder horizontaler Nystagmus. Schwindelgefühl und Sehnenreflexe erloschen. Kein Romberg'sches Symptom. Sensibilität erhalten.

In diesem Falle wie bei Paralysen centralen und peripheren Ursprungs ist nach Z. durch systematisch durchgeführte Massage verbunden mit passiven, Widerstands- und activen Bewegungen (in den afficirten Gelenken; den den letzteren benachbarten und den correspondirenden Gelenken der anderen Seite) die Brauchbarkeit der Organe erheblich zu steigern. So hat auch im vorliegenden Fall eine 4wöchentliche Massagecur eine erhebliche Besserung herbeigeführt, so dass die krankhaften Symptome jetzt nur noch bei schärferer Prüfung nachweisbar sind.

Hoppe.

---

606) **Alfred Wiener** (New-York): Kurze Mittheilung über einen Fall von progressiver Muskelatrophie, bedeutend gebessert nach Anwendung von methodischer Gymnastik.

(Neurol. Centralbl. 1896, Nr. 9)

Der durch 2 Abbildungen illustrirte Fall betrifft einen 23jährigen Mann, welcher zuerst im Mai 1892 eine auffällige Ermüdung der Beine nach anstrengenden Uebungen verspürte. Später machte sich eine Gangstörung besonders beim Treppensteigen bemerkbar, während die Beine und der übrige Körper abmagerten. In der Folge ging die Muskelschwäche auf den Rücken und schliesslich auch auf die Muskulatur der Schultern und des Halses über.

Bei der Untersuchung im Jahre 1893 war die Atrophie der Muskeln besonders an den Schultern, am. Rücken, an den Hüften und Oberschenkeln auffällig (die Muskeln der Vorderarme und der Hände waren verschont) und es zeigte sich beim Stechen eine Lordose im unteren Dorsal- und oberen Lumbartheile. Im Liegen konnte er den Kopf nicht erheben, auch die Zunge zeigte leichte Atrophie. Faradische und galvanische Erregbarkeit der gelähmten Muskeln herabgesetzt, aber nirgends typische Entartungsreaction.

Die übliche electrische Behandlung blieb ohne Erfolg, dagegen führten systematische gymnastische Uebungen zu einer auffallenden Besserung, während die Atrophie der Gesichtsmuskeln, die nicht geübt wurden, nicht die geringste Abnahme zeigte.

Hoppe.

---

607) **Reinh. Natvig**: Mekanotherapeutisk Kasuistik.

(Norsk Magaz f. Lægevidenskaben 1896, 57. Jahrg., S. 581.)

Der Verfasser hat Fälle von Neuralgie in Amputationsstumpf, von Acroparästhesie und von chronischer Aphalalgie mittelst Massage mit Erfolg behandelt. Er macht im Besonderen darauf aufmerksam, dass subcutane Fibroidknoten, welche mit den bei rheumatischen Krankheiten vorkommenden identisch sind, bei dem Falle von Acroparästhesie massenhaft vorkommen. Er behauptet, dass diese Bildungen sich bei frühzeitiger Behandlung reduciren oder entfernen lassen.

Koch (Kopenhagen).

---

608) **Benno Levy** (Berlin): Die Behandlung von Kopfschmerzen mit Methylenblau.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 45.)

L. hat, fussend auf die Angaben von Ehrlich, Leppmann und Immenwahr über die schmerzstillenden Wirkungen des Methylenblau dasselbe in seiner Praxis angewandt. Bei 4 (im Original genauer mitgetheilten Fällen von habituellem nervösem Kopfschmerz, die bisher allen anderen Behandlungsmethoden getrotzt hatten, wirkte das Methylenblau wie ein Specificum, indem es die Kopfschmerzen nicht bloss sofort während des Gebrauchs beseitigte, sondern dauernd zum Verschwinden brachte. Diese Heilung wurde im Ganzen durch 1,0 Methylenblau vollbracht, welches in Dosen von 0,1 4 mal täglich zu gleichen Theilen mit gepulverter Muscatnuss (zur Verhinderung der Blasenreizung) in Kapseln verabreicht wurde, doch hält L. bereits 0,4 im Ganzen für ausreichend.

Auch in einem Falle mit allgemeinen neurasthenischen Beschwerden, der bisher lange anderweitig ohne Erfolg behandelt worden war, hatte L. einen ausserordentlich günstigen Erfolg, bei angiospastischer Migräne wurde es in einem Falle mit Erfolg gebraucht, in einem zweiten blieb es aber erfolglos; in dem ersteren coupirte es nicht nur die einzelnen Anfälle, sondern hatte auch die Folge, dass die Anfälle viel seltener wurden.

Günstig wurde auch ein Fall von Occipitalneuralgie und ein Fall von acuten heftigen Kopfschmerzen bei einer Hysterie beeinflusst. Ohne Einfluss blieb es auf die Kopfschmerzen bei Influenza und in einem Falle von anfallsweise auftretenden Kopfschmerzen mit Schwindelgefühl.

Auf Grund seiner allerdings nicht zahlreichen Beobachtungen glaubt L., das Methylenblau bei angiospastischer Migräne, bei Neurasthenie und vor Allem bei rein nervösem Kopfschmerz empfehlen zu können.

Hoppe.

---

609) **H. Hildebrand** (Elberfeld): Zur pharmakologischen Kenntniss des Thyrojodins (Jodothyrin).

(Berlin. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 37.)

H. experimentirte an Hunden, denen er nach Entfernung der Schilddrüse subcutane Thyrojodin-Injectionen machte, nachdem sich schwere Krankheitserscheinungen (Steifigkeit der Extremitäten, Muskelzuckungen, Krämpfe der Kaumuskeln, Erbrechen, Salivation, Dyspnoe, Coma) entwickelt hatten.

Aus den Versuchen geht hervor, dass das Thyrojodin allein im Stande ist, die nach Thyreoidectomie auftretenden Ausfallserscheinungen zu coupiren und die Thiere am Leben zu erhalten und dass es das wirksame Princip der Schilddrüsensubstanz enthält, während die sonstigen bekannten Jodsalze nicht im Stande sind, die Tetanie nach Schilddrüsenexstirpation hintanzuhalten oder irgendwie zu beeinflussen. Auch die Ausscheidung von Eiweiss und Zucker, welche die Anfälle bei thyreoëctomirten Hunden begleiten können, scheinen unter Darreichung von Thyrojodin zu verschwinden. Hoppe.

---

610) **George G. v. Schaick:** Insomnia in Surgery and its Treatment. (Reprinted from the New-York Medical Journal for March 2, 1895.)

Schlaflosigkeit chirurgisch Kranker wurzelt entweder auf Operationsfurcht oder auf andauernden Schmerzen oder auf begleitenden nervösen Ursachen (Hysterie, Alcoholismus). Oefter wird auch eine postoperative Unruhe beobachtet. Besonders die von Carcinom, Knochen- und Urethralaffectionen Befallenen neigen zu Insomnie. Es ist von grosser Wichtigkeit, dagegen bei Zeiten einzuschreiten, da die Prognose der Operation (Shockwirkungen) und der Reconvalescenz von der fortgesetzten ungestörten Nachtruhe mit abhängt. Wo es sich nicht um ausgesprochene stärkere Schmerzen handelte, hat Verfasser fast überall das Trional mit Nutzen angewendet und empfiehlt es als zuverlässiges und harmloses Hypnoticum. Nach Laparotomien wude es mit Erfolg auch per Rectum verabreicht.

Jentsch.

---

611) **Richard Schulz** (Braunschweig): Chronische Sulfonalvergiftung mit tödtlichem Autgang. (Hämatoporphynurie).

(Neurol. Centralbl. 1896 Nr. 19).

Zu den bisher in der Literatur bekannten 20 Fällen von tödtlicher Sulfonalvergiftung fügt S. einen neuen.

Eine 55j. Frau, welche Jahre lang an Obstipation und hysterischen Beschwerden gelitten und in einem Sanatorium, wohin sie wegen Schlaflosigkeit und Angstzuständen gegangen war, im December 95 3mal Trional bekommen hatte, nahm, nachdem sie März 96 gebessert entlassen worden war, wegen wieder auftretender Schlaflosigkeit Sulfonal à 1,0 im Ganzen 16 gm innerhalb eines Monats. Der Zustand verschlimmerte sich, indem hochgradige Stuhlverstopfung, heftiges Leibschneiden, häufiges Aufstossen und Erbrechen, grosser Durst, starke Unruhe auftraten. Diese Erscheinungen, sowie die sich dazu gesellenden sensiblen (Anästhesie am Leib und an den Beinen) und leichtere motorische Störungen wurden für hysterische gehalten, so dass sie im Krankenhause wegen ihrer Unruhe und Schlaflosigkeit am 6. Mai noch einmal 1,5 Sulf. erhielt. Erst das Auftreten von Haematoporphynurie führte zur Diagnose, welche der im Collaps erfolgte Tod sicher stellte. Die Section wurde nicht gestattet. Doch glaubt S., da der Urin Bruchstücke von Cylindern, sowie rothe und farblose Blutkörperchen enthielt, dass eine toxische Nephritis vorlag.

Dass der Verbrauch von noch nicht 20 gm Sulfonal, welcher in den bisher beobachteten Fällen von Sulfonalvergiftungen weit überschritten worden war, hier toxisch wurde, glaubt S. auf die bereits bestehende und durch den Sulfonalgebrauch gesteigerte Obstipation bei herabgesetztem Ernährungszustande beziehen zu müssen, welche die Ausscheidung des Sulfonals hinderte.

S. zieht aus diesem Fall die Lehre, dass man bei bestehender Obstipation besonders bei Frauen (20 Fälle von Sulfonalvergiftung betreffen Frauen!) mit der Sulfonalverabreichung sehr vorsichtig sein und den Urin auf Haemotoporphynurie sorgfältig untersuchen müsse. Hoppe.

---

612) **J. von Mehring**: Le trional est il un hypnotique recommandable; mérite-t-il d'être préféré ou sulfonal?

(Journ. de neurol. et d'hypnot. Bd. 1 1896. Nr. 24. S. 475.).

Verfasser erörtert an der Hand der in der Literatur zerstreuten Beobachtungen, der Erfahrungen, welche ihm auf seine diesbezügliche Frage 16 Neurologen resp. Psychiater mitgetheilt haben und seiner eigenen Praxis die Frage, ob dem Trional Vorzüge vor dem Sulfonal zukommen, und gelangt zu folgendem Schlussresultat:

Unter den gegenwärtig bekannten Schlaf- und Beruhigungsmitteln gebührt dem Trional der erste Platz In physiologischer und klinischer Hinsicht darf man es dem Sulfonal vorziehen, denn es besitzt die Vorzüge dieses letzteren in viel höherem Grade. Die unangenehmen Nebenerscheinungen treten nach Trionalgebrauch viel weniger deutlich ein; sie lassen sich fast vermeiden, wenn man einige Vorsicht walten lässt. Auf jeden Fall muss man die tägliche und prolongirte Darreichung des Trional verwerfen; dieses Verfahren ist nutzlos. Wenn man eine fortwährende calmirende Wirkung erzeugen will, muss man in der Anwendung des Trionals mit anderen Hypnotiris, wie Amylenhydrat, Cloralhydrat und Chloralamid abwechseln. — Die Dosirung des Trional geschieht oft zu hoch. In denjenigen Fällen, in denen sich am andern Morgen noch ein Einfluss, wie Somnolenz, zeigt, muss man die Dosis verringern.

v. Mehring hält 1 G. für ausreichend. Muss man die Gabe erhöhen, so genügen schon 0,25 g, um ein ausgezeichnetes Resultat zu erzielen. Die Fälle, in denen 2 g zur Anwendung kommen, sind selten.

Buschan.

---

613) **Cullerre**: L'incontinence d'urine et son traitement par la suggestion.

(Arch. do Neurol. 1896, II, No. 7.)

Cullerre führt die Incontinentia urinae zurück auf eine functionelle cerebrale Störung, die der Hysterie verwandt ist. Es besteht ein Defect in der phychischen Synthese, eine Art Zerstreutheit, die eine ungenügende Verwerthung der durch das Rückenmark dem Gehirn und insbesondere dem der Urinentleerung dienenden Centrum zugesicherten Empfindungen veranlasst. Die unfreiwillige Entleerung des Urins macht nun ihrerseits einen tiefen Eindruck auf das davon betroffene Individuum, das sich in Gedanken beständig mit seinem Leiden beschäftigt. Vorstellungen und Ideen, die auf dieses Bezug haben, und die die Schwelle des Bewusstseins oft gar nicht erreichen, nisten sich derart ein, dass sie Autosuggestionen oder Träumen hervorrufen, die nun ihrerseits wieder das Leiden verschlimmern und den Anlass abgeben, dass der Kranke noch öfter einnässt. Hiernach muss die rationellste und wirksamste Behandlung in hypnotischer Suggestion bestehen. Thatsächlich erreichte Verf. in allen Fällen durch sie deutliche Besserung und in ca. 75% völlige Heilung. Die Tiefe der Hypnose ist ohne wesentliche Bedeutung, schon eine einfache psychische Passivität bei geschlossenen Augen genügte. Die sonst angewandten medikamentösen oder chirurgischen Behandlungsweisen wirken, wenn sie überhaupt helfen, nur durch indirecte Suggestion.

Fulkenberg.

---

614) **P. Ranschburg**: Beiträge zur Frage der hypnotisch - suggestiven Therapie.

(Zeitschrift für Hypnotismus, Psychotherapie etc. Band 4. Heft 5. 1896.)

Der Verfasser berichtet über die Erfolge, die bei den Nervenkranken der Laufenauer'schen Ambulanz durch hypnotische Behandlung erzielt wurden. Zur Anwendung gelangte das Verfahren bei Grande Hysterie (schwere hystero-epileptische Anfälle, somnambule Zustände), Hysteria simplex (Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Clavus, Globus, Gemüthslabilität, Schwindel, Herzklopfen, Hemicranie, Singultus etc.), zur Psychose neigenden Hysterien mit hartnäckigen Zwangsideen und hochgradiger Gemüthsdepression, Hysteria traumatica, Neurasthenie und anderen functionellen Leiden.

In den acuten Fällen der Grande Hystérie, z. B. bei jungen Mädchen, bei welchen die hystero-epileptischen Anfälle verhältnissmässig kurze Zeit bestanden, wurde erreicht, dass die Anfälle entweder sogleich aufhörten oder allmählich seltener wurden und nach 3—4wöchentlicher Behandlung völlig ausblieben. Bei seit Jahren oder Monaten bestehender Hysteroepilepsie waren die Resultate weniger günstig; zum Theil wurde nur Besserung erzielt, in manchen Fällen blieb die Behandlung ganz wirkungslos.

Bei der Hysteria simplex waren die meisten Erfolge zu verzeichnen; in fast allen Fällen, in welchen die Hypnose thatsächlich gelang, wurde Genesung oder mindestens eine wesentliche Besserung in kurzer Zeit erreicht. In dem Magnet fand der Verfasser ein werthvolles Suggestionsmittel sowohl zur Erzeugung von Hypnose als suggestiver Wirkungen während der Hypnose und im wachen Zustande. Bei einem an clonischem masticatorischem Kaumuskelkrampf leidenden 14jährigen Knaben, der während der Hypnose auf keinerlei verbale Suggestion reagirte, gelang es, durch Berührung des Kinnes mit dem Magneten den Clonus sofort und dauernd zu sistiren. Bei einer mit schwerer Hysteroepilepsie behafteten Erzieherin, welche an Singultus litt, wurde diese Störung durch Anlegen des Magneten an die Stirne oder das Hypochondrium sofort jedesmal beseitigt, um nach der Entfernung des Magneten wieder zu erscheinen, so dass man schliesslich genöthigt war, den Magneten mehr als 2 Monate hindurch beständig am Bauche der Patientin befestigt zu halten. Erst nach 3 Monaten blieb der Singultus auch nach Entfernung des Magneten weg. Zwei Fälle traumatischer Hysterie gelangten nach kurzer hypnotischer Behandlung zur Heilung. Auch bei mehreren Fällen zur Psychose neigender Hysterie wurde die hypnotisch-suggestive Therapie mit Erfolg angewendet; doch erheischen diese Fälle sehr viel Geduld und Ausdauer seitens des Hypnotiseurs. Von Neurasthenien erwähnt der Verfasser einen Fall von Neurasthenia sexualis, in welchem nach dreiwöchentlicher Behandlung erhebliche Besserung erzielt wurde. In einem Falle von clonisch-tonischem Accessoriuskrampf wurde durch die Hypnose nichts erreicht.

Nachtheilige Folgen von der Behandlung beobachtete der Verfasser nie. Er erklärt demzufolge die hygnotisch-suggestive Therapie „als eine Heilmethode, welche gegen die functionellen Nervenleiden auf eine durch die Erfahrung für richtig anerkannte Weise angewendet, von schädlichen Wirkungen frei ist und einen Heilwerth ersten Ranges bietet.“

L. Löwenfeld.

III. Zur Tagesgeschichte.

Von Universitäten. Prof. Grashey ist an die Spitze des bayerischen Medicinalwesens berufen worden. Sein Nachfolger in München, welcher gleichfalls Professur und Direction der Kreis-Irrenanstalt übernimmt, wird Prof. Bumm in Erlangen. — In Breslau haben sich Dr. L. Mann und Dr. Heinrich Sachs als Privatdocenten habilitirt. — Dr. C. Winkler hat die Professur für Neurologie und Psychiatrie in Amsterdam angetreten. Interessant ist in dieser Beziehung seine Rede, welche er am 17. November bei dem 25jährigen Stiftungsfeste der niederländishen Gesellschaft für Psychiatrie gehalten hat. Die Universität Amsterdam, die einzige, welche in den Niederlanden eine Professur für Psychiatrie besitzt, ist ein communales Institut.

Aus Schlesien. Eine Zeitungsnachricht meldet, dass der Provinzial-Ausschuss den „Oberärzten" (Secundär-Aerzten) der schlesischen Anstalten die, denselben im Jahre 1889 aus Gründen, welche für die Provinzialverwaltung höchst unrühmlich, fast compromittirend waren, entzogene lebenslängliche Anstellung wieder zu verleihen gedenkt. Es wäre die Verwirklichung dieser Absicht in dieser Provinz, in welcher die Proletarisirung der Irrenärzte besonders weit gediehen ist, sehr zu wünschen.

Kurella.

Inhalt des December-Hefts.

I. Originalien.

II. Referate u. Kritiken.

A. Anatomie und Physiologie.

B. Nervenheilkunde.

1. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

2. Specielle Pathologie und Therapie.

a) Peripherische Organe.

Nr. 560) Gérard: Discussion étiologique sur un cas de sciatique.
Nr 561) Libotte: Tic douloureux de la face.

b) Rückenmark und Bulbus.

Nr. 562) Kagelus: Zwei Fälle von Pseudobulbärparalyse.
Nr. 563) v. Strümpell: Ueber asthenische Bulbärparalyse (Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund, Myasthenia gravis pseudoparalytica).
Nr. 564) v. Bechterew: Ueber eine durch Verwundung der unteren Abschnitte des verlängerten Markes verursachte Lähmung.
Nr. 565) Schultze: Ueber Befunde von Hämatomyelie und Oblongatablutung mit Spaltung bei Dystokien.
Nr. 566) Veis: Zur Casuistik des Mal perforant.
Nr. 567) Goldstein: Arthropathia tabica und spontane Fractur.
Nr. 568) Simerka: Contribution statistique à la symptomatologie du tabes dorsalis.
Nr. 569) Cassirer: Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen multipler Sclerose und Lues cerebrospinalis.
Nr. 570) Herter: Cerebrospinale Syphilis.
Nr. 571) Gilles de la Tourette: La syphilis héréditaire de la moëlle épiniée.

c) Gehirn.

Nr. 572) Ulrich: Sequelæ ulceris ventriculi perforati.
Nr. 573) Köster: Gehirntumoren
Nr. 574) Zeller: Ein Fall von Hirngeschwulst.
Nr. 575) Langdon: Multiple tumours of the brain; fibro-cystoma of pons and cerebellum and multiple fibro-psammomata of dura, pia arachnoid and cortex cerebri.
Nr. 576) Besold: Ueber 2 Fälle von Gehirntumor (Hæmangiosarcom oder sogenanntes Peritheliom in der Gegend des III Ventrikels) bei 2 Geschwistern.
Nr. 577) Ransom: On tumours of the corpus callosum, with an account of a case.
Nr. 578) Lorenz: Ein Fall von Lipom in der Vierhügelgegend.
Nr. 579) Schaffer: Ueber cerebrale Muskelatrophie.
Nr. 580) Houdeville et Halipré: Surdité verbale de conductibilité (surdité verbale pure).
Nr. 581) Redlich: Ueber die sogenannte subcorticale Alexie.
Nr. 582) Higier: Alexia subcorticalis Wernicke.
Nr. 583) Pick: Notiz zur Prognose der acuten Hirnerweichung
Nr. 584) Muratow: Zur pathologischen Physiologie der corticalen Epilepsie.

d) Neurosen.

Nr. 585) Massalongo: Chorée chez deux cardiaques.
Nr. 586) Wilson: Note on a case of chronic progressive chorea.
Nr. 587) Massalongo: Ballismo chronico Ein Beitrag zur Pathologie der Chorea.
Nr. 588) Ballet: La chorée congénitale.
Nr. 589) Brissaud: La chorée variable des dégénérés.
Nr. 590) Bernstein: Die psychischen Erscheinungen der Chorea minor
Nr 591) Nonne: Ueber pseudospastische Parese mit Tremor nach Trauma.
Nr. 592) Epstein: Ueber kataleptiforme Erscheinungen bei rhachitischen Kindern.
Nr. 593) Stembo: Ein Fall von sogenanntem Paramyoclonus mit Zwangserscheinungen,
Nr. 594) Seppilli: Familiäre Myoclonie, verbunden mit Epilepsie.

G. Psychiatrie.

Allgemeine Psychopathologie

Nr. 595) Rybakow: Zur Frage nach der Narkolepsie.
Nr. 596) Pitres: De la perte de connaissance dans les attaques d'hystérie.
Nr. 597) Magnan: Délires dans l'épilepsis et l'hystérie.
Nr. 598) Magnan: Délire alcoolique et délires systematisés dans l'alcoolisme.
Nr. 599) Magnan: Les délires systematisés dans la paralysie générale.
Nr. 600) Pick: Ueber die Beziehungen zwischen Zwangsvorstellungen und Hallucinationen.

D. Therapie.

Nr. 601) Wilson: Paline Baths in Graves' disease.
Nr. 602) Althaus: Die electrische Behandlung der Impotenz.
Nr. 603) Worotinsky: Ueber die Suspension als eine Behandlungsmethode bei Nervenkrankheiten.
Nr. 604) Targowla: De l'éducation motrice graduelle (méthode de Frenkel) et de la revulsion galvanique du rachis dans le traitement du tabes.

III. Zur Tagesgeschichte.



